Éthiques en action

Sarah Carvallo
et Élodie Giroux

# Comprendre la vieillesse

EME éditions

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

« Éthiques en action »
Collection dirigée par Céline Kermisch

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

**Adresser les commandes à votre libraire ou directement à :**

**Pour la Belgique :**

***E.M.E. & InterCommunications*** s.p.r.l.
40, rue de Hanret
BE - 5380 Fernelmont
Tél. : 00[32]81.83 42 63 et 00[32]473.93 46 57
Fax : 00[32]81.83 52 63
Courriel : edition@intercommunications.be
Site : www.intercommunications.be

**Pour la France et la Suisse :**

***C.E.I. Collectif des Éditeurs Indépendants***
37 rue de Moscou
F - 75008 Paris
Tél : 01 45 41 14 38
Fax : 01 45 41 16 74
collectif.ei@gmail.com

**Dans la même collection :**

***Le commerce équitable***
*Entre expansion économique et valeurs éthiques*
Laetitia Poppe
E1045853
14,00 €

***Les nanotechnologies :***
***vers un changement d'échelle éthique ?***
***Nanotechnologies :***
***towards a shift in the scale of ethics ?***
Céline Kermisch et Marie-Geneviève Pinsart (éds.)
E1045948
46,00 €

© E.M.E. & InterCommunications, sprl, 2012, (B) - 1040 - Bruxelles - 5380 - Fernelmont.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

**Sarah Carvallo**
**Élodie Giroux**

# Comprendre la vieillesse

*Cet ouvrage a bénéficié du soutien de la Région Rhône Alpes, dans le cadre du Cluster Erstu 14, 2010-2012*

E.M.E.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Sommaire

**Préface** ..... *7*
*Sarah Carvallo, Élodie Giroux*

## Regards philosophiques

***Qu'est ce qu'être vieux ?*** ..... ***15***
*Sarah Carvallo*

***Vieillir : normal ou pathologique ?*** ..... ***33***
*Élodie Giroux*

***L'éternité devant nous*** ..... ***53***
*Jean-Yves Goffi*

***Représentations temporelles du dernier âge*** ..... ***67***
*Jean-Jacques Wunenburger*

## Sciences et soin

***Approches scientifiques de la sénescence*** ..... ***83***
*Florence Solari*

***Le vieillissement cérébral*** ..... ***93***
*Christian Derouesné*

***Le soin gériatrique : quelle spécificité ?*** ..... ***101***
*Brigitte Comte*

## Société et droit

***Les déterminants sociopolitiques de la vieillesse*** ..... ***111***
*Christophe Capuano*

***L'attention portée par le droit aux personnes âgées*** ..... ***125***
*Marie-France Callu*

**Les auteurs** ..... *135*

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Préface

*Sarah Carvallo, Élodie Giroux*

Partout dans les pays développés, la vieillesse constitue l'un des défis majeurs du vingt-et-unième siècle. Cette nouvelle prise de conscience tient à plusieurs raisons : accroissement de l'espérance de vie, restriction des naissances et proportion accrue des personnes âgées dans nos sociétés, demande médicalisée d'une amélioration des conditions du vieillissement, coût individuel et social de la prise en charge des personnes âgées, mais aussi souffrance et solitude de ces dernières. Dans ce nouveau contexte, nos inquiétudes contemporaines rejoignent aussi des interrogations consubstantielles à la condition humaine.

À *un niveau existentiel*, la vieillesse caractérise l'âge de la vie où notre finitude se manifeste radicalement ; *socialement*, elle met en cause la solidarité intergénérationnelle, à la fois dans les familles et dans les sociétés ; *médicalement*, elle s'accompagne souvent de troubles, déficiences et maladies qui interrogent la fonction de la médecine (guérir ? soigner ? améliorer ? accompagner ?) mais aussi la distinction classique et fondamentale entre le normal et le pathologique ; *économiquement*, elle sollicite l'intervention des fonds publics, mais aussi la responsabilité des individus envers leur propre vieillesse ou celle de leurs parents, par la charité ou par l'obligation ; *politiquement*, elle pose la question de la solidarité envers la personne dépendante, particulièrement cruciale dans nos sociétés démocratiques, mais aussi celle du respect et de la considération de sa dignité. Vieillir constitue donc un phénomène global qui met en cause l'homme dans ses multiples dimensions, à la fois comme individu et groupe social.

Cet ouvrage cherche à comprendre la vieillesse. À cet effet, il convoque plusieurs regards sur les personnes âgées, plusieurs manières de penser et dire le vieillissement. En effet, il ne s'agit pas seulement de connaître la vieillesse ou les personnes âgées comme on connaît des faits ou des théories : on décrit les faits, on les explique, mais cela ne veut pas encore dire qu'on en a compris le sens. Au-delà de nos connaissances, la vieillesse demande à être comprise. Bien loin de se réduire à un simple fait naturel ou social, la vieillesse constitue une

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

fausse évidence, qui cristallise nos valeurs et notre vision du monde. Elle renvoie à notre construction de la subjectivité, à notre rapport à la mort, au monde, aux autres et à soi. Sa compréhension requiert donc de tenir compte de sa globalité et de sa complexité en sollicitant différentes disciplines qui pensent la vieillesse et prennent en charge les personnes âgées : la génétique, la biologie, la médecine, le droit, la sociologie, la philosophie. Chacune d'entre elles constitue autant de regards qui interrogent les connaissances, les représentations et les valeurs aujourd'hui mises en jeu pour dire et penser la vieillesse et justifier nos actions envers elle.

Trois convictions ont présidé à la constitution de ce collectif. Une première est qu'une bonne appréhension de la vieillesse aujourd'hui ne saurait éluder cette complexité. Deuxièmement, une bonne manière d'appréhender cette complexité est de partir de cette diversité des regards portés sur la vieillesse et de leur spécificité. Cette pluralité est probablement irréductible au point d'interroger l'unité même du concept de vieillesse. Peut-être serait-il en effet plus juste de parler des vieillesses. Toutefois, et c'est notre troisième conviction, c'est dans le croisement des regards et le dialogue entre disciplines qu'un concept commun, ou tout au moins un ensemble de traits communs à ce qu'on désigne par « vieillesse », peut émerger comme une sorte d'horizon régulateur. En tout cas, la confrontation de différents regards sur la vieillesse permet de mieux la comprendre, à la fois comme fait et comme catégorie sociale et mentale.

Trois chapitres structurent ce volume. Un premier chapitre rassemble divers regards philosophiques portés sur la vieillesse. Traditionnellement, la philosophie a traité de la vieillesse comme d'une question fondamentale à la fois de l'expression qu'elle constitue de notre finitude humaine, du fait de son lien étroit avec la mort, mais aussi parce que certaines représentations de la vieillesse l'ont souvent associée à une forme de sagesse, la quête originelle de la philosophie. Outre cette relation naturelle et ancienne de la philosophie avec la question de la vieillesse, le mode de raisonnement philosophique permet d'apporter un éclairage sur cette notion. Il s'agit alors de s'interroger sur les possibilités et les enjeux de sa définition mais aussi sur le problème du statut pathologique de cette dernière.

L'article de Sarah Carvallo, qui peut être lu comme une introduction générale à ce volume, pose la question d'une possible définition de la

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vieillesse. À travers une interrogation sur le sens des mots pour dire le vieillissement, il s'agit de montrer que la vieillesse est une catégorie qui se situe à la confluence des sciences de la nature et des sciences de l'homme. Ce double ancrage permet de comprendre en quoi la vieillesse désigne un problème philosophique, au sens où elle ne se réduit ni à un fait ni à une évidence mais caractérise une catégorie anthropologique fondamentale pour penser l'homme, sa finitude, à la fois dans sa singularité et dans ses rapports sociaux.

À partir des analyses et définitions philosophiques des concepts de santé et de maladie, Élodie Giroux s'intéresse à la question du statut (normal ou pathologique ?) de la vieillesse et du vieillissement. Elle montre en quoi ces catégories si usuelles et généralement dans une relation logique de contrariété (le normal est le contraire de l'a-normal), ou même de contradiction (la santé est l'absence de maladie) se trouvent aujourd'hui en porte à faux pour caractériser la vieillesse. Elle examine alors si les notions de vieillesse réussie et usuelle, de dépendance et de fragilité, qui ont été développées particulièrement en gériatrie, permettent de dépasser certaines limites de cette dichotomie.

De son côté, Jean-Yves Goffi situe la question de la vieillesse dans la discussion entre transhumanistes et bio-conservateurs pour rappeler son statut pathologique contesté et mettre en évidence les nouvelles utopies à l'œuvre dans nos sociétés technoscientifiques.

Puis, Jean-Jacques Wunenburger reprend à nouveaux frais le thème de la finitude dans la perspective phénoménologique qui s'est déployée au vingtième siècle. C'est alors l'occasion d'aborder la question centrale du rapport au temps et de la relation entre vieillesse et mort. C'est avant tout notre finitude humaine que vient nous rappeler l'expérience vécue du vieillir.

Un deuxième chapitre rassemble le point de vue des sciences et du soin. Sur le plan théorique, les recherches semblent confirmer une diversification des approches et des savoirs sur le vieillissement. Les théories sont multiples et dépendent notamment des niveaux d'organisation auxquels le vieillissement est appréhendé. Florence Solari, généticienne, dresse l'état des lieux des recherches scientifiques : dans leur profusion actuelle, il faut faire la part entre les pistes thérapeutiques réellement fondées et la difficulté

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

de connaître véritablement la sénescence à cause de sa complexité. Christian Derouesné, neurologue, étudie le vieillissement cérébral : au-delà des avancées théoriques et thérapeutiques de la neurologie contemporaine, la difficulté de comprendre le phénomène cérébral de l'âge tient à la complexité de la vie psychique de l'homme, complexité sans doute irréductible, qui souligne de nouveau la nécessité d'une approche plurielle.

Sur le plan pratique, la vieillesse pose de multiples questions à la médecine : convient-il de soigner, guérir, prévenir, lutter, maintenir en santé ? Comment prendre en charge médicalement et socialement les personnes âgées ? Requièrent-elles des soins spécifiques ? Ces soins relèvent-ils encore ou seulement de la médecine ? Les questions qui émergent concernent à la fois l'articulation des différentes spécialités médicales mais aussi l'articulation du social et du médical. En tant que gériatre, Brigitte Comte dégage la spécificité de cette discipline médicale assignée à la prise en charge de la vieillesse dans toutes ses ambiguïtés : les pathologies, les souffrances de la personne dans sa dépendance et même parfois sa démence, et son attente de la mort. Mais le gériatre se trouve aussi nécessairement confronté aux questions sociales et institutionnelles de l'hospitalisation ou du maintien à domicile des personnes âgées. Cet article permet de mettre plus particulièrement en évidence l'irréductibilité du soin en gériatrie et la plus grande nécessité d'une interdisciplinarité au cœur de ce soin.

Un troisième et dernier chapitre présente les points de vue du droit et de l'histoire sociale sur la vieillesse et sa prise en charge. Christophe Capuano, historien, prolonge l'analyse de Brigitte Comte autour du soin dans son rapport à la famille ou aux aidants familiaux. Tout en critiquant l'idée reçue d'une défaillance contemporaine du lien familial envers les personnes âgées, il dégage certaines contradictions des politiques providentialistes. Alors que les discours publics visent à renforcer le maintien à domicile, alors qu'on déplore l'individualisme, les mesures gouvernementales ont pendant longtemps entravé la prise en charge familiale : la confrontation entre discours et mesures montre donc la nécessité d'une cohérence entre valeurs et lois. L'évolution récente de la législation française semble refléter cette prise de conscience. Il en va de même en droit, puisque les dernières mesures visent à renforcer les droits de la personne âgée. Dans cette optique, Marie-France Callu, juriste, présente le statut juridique de la

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

personne âgée, les innovations récentes qui permettent de dynamiser cette catégorie, c'est-à-dire de respecter sa valeur de personne.

Rarement rassemblées dans un même volume, ces analyses manifestent d'elles mêmes leur complémentarité. Cette complémentarité ne signifie pas pour autant une harmonie préétablie : au contraire, elle pointe des contestations et discussions autour de la vieillesse. Il s'agit donc d'articuler une prise de conscience spécifique à chaque discipline et la nécessité d'un débat contemporain sur nos choix de société envers les personnes âgées.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Regards philosophiques

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Qu'est ce qu'être vieux ?

*Sarah Carvallo*
*Philosophe,*
*École Centrale de Lyon*

Cet article naît d'un double étonnement. Aujourd'hui, l'explication scientifique de la sénescence demeure plurielle et la diversité des théories du vieillissement paraît même s'accentuer avec la prolifération des observations et théories biologiques. Deuxièmement, l'évaluation et l'interprétation de la vieillesse demeurent essentiellement contestées. Nous nous trouvons ainsi dans la situation suivante : d'un côté, la vieillesse semble désigner un fait, dont nous connaissons de mieux en mieux les mécanismes. De l'autre, la biologie et l'anthropologie médicale contemporaines attestent la difficulté de la comprendre comme phénomène synthétique, la nécessité de renoncer à une pensée unique pour l'expliquer[1]. En outre, les sciences humaines et sociales montrent que la vieillesse connote toujours aussi une réalité historique, sociologique, ethnologique, démographique et politique qui interdit de la considérer simplement comme un mécanisme naturel mais oblige à la comprendre comme un phénomène social.

Il s'agit alors de comprendre le sens de la déconstruction qu'opèrent sciences de la nature et de l'homme. Pourquoi avons-nous tant de mal à dire ce qu'est la vieillesse ? Le pari philosophique consiste à dire qu'il est non seulement possible d'éclaircir le sens des mots, mais que cette étape s'avère absolument nécessaire pour prendre des décisions responsables. Cet éclaircissement consiste à décliner la vieillesse selon trois niveaux :

- dans son contenu sémantique : que disent les mots de la vieillesse aujourd'hui ? Quel(s) référent(s) visent-ils ?

- dans une logique sémiologique : comment la vieillesse s'articule à d'autres catégories qui lui donnent sens (la jeunesse, la maladie, la dépendance, la retraite) ?

[1] Michel Morange, *Les secrets du vivant. Contre la pensée unique en biologie*. Paris: La Découverte, 2005. Evelyn Fox, Keller. *Expliquer la vie. Modèles, métaphores et machines en biologie du développement*, 1995. Translated in French by Stéphane Schmitt, Paris: Gallimard, 2004.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

- dans une perspective pragmatique : les mots ne se contentent pas de décrire ou signifier, ils agissent. Lorsqu'on me dit que je suis vieux ou vieille, cela (me) fait quelque chose. Si l'on dit que la vieillesse commence non plus à 60 ans mais à 62 ans, cela fait quelque chose.

Ces analyses conduisent à renoncer au « mythe »[2] ou à l'illusion ontologique d'une réalité de la vieillesse en tant que telle (une réalité qui serait donnée, objective, préalable et condition du langage), pour comprendre qu'elle constitue un concept essentiellement discuté, dont l'essence même est d'être discuté[3], au sens où nous ne finirons jamais de discuter de ce qu'est une œuvre d'art ou la démocratie. Il s'agit ainsi d'analyser le processus de signification qu'il faut aussi envisager dans l'ontologie qu'il suscite (réifier et individualiser la vieillesse) et dans ses effets pragmatiques (psychologiques, sociaux, politiques, moraux).

## Modes de définition

La vieillesse semble désigner une réalité : celle des vieux, qui seraient les référents objectifs de nos discours ou études scientifiques. Face à cette attitude de bon sens naît le soupçon entretenu par les sciences sociales que la vieillesse pourrait n'être qu'un mot, en paraphrasant l'expression de P. Bourdieu sur la jeunesse[4]. Il s'agit alors d'analyser le rapport entre les mots et les choses qui se cristallise autour de la définition - nominale ou réelle - de la vieillesse.

### *Définition de noms : Nomenclature ; Terminologie*

La définition de mots est l'affaire des dictionnaires. Or il existe précisément un *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du*

[2] W.V. Quine « Deux dogmes de l'empirisme », in *Du point de vue logique*, trad. S. Laugier, Paris, Vrin, 2003, 79.

[3] Walter B. Gallie, « Essentially Contested Concepts », *Proceedings of the Aristotelian Society*, New Series, 56, 1956, 167-198.

[4] Pierre Bourdieu, « La jeunesse n'est qu'un mot », entretien avec A.M. Métaillié, in *Les jeunes et le premier emploi,* Paris, Association des Âges, 1978, Clélia Godot et Vanessa Wisnia-Weill. Rapport « Vivre ensemble plus longtemps », 2010.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

*vieillissement* (1984) commandité par le Secrétariat d'État chargé des Personnes âgées, pour mettre au point la terminologie des termes employés actuellement pour dire la vieillesse. Renouant avec la tradition des premiers dictionnaires français du XVIIe siècle, l'État commandite une mise au point sur le sens des termes « permettant aux partenaires de l'action gérontologique de se mettre d'accord sur la signification des mots employés » (Préface, p. 5). L'enjeu consiste à organiser « un espace de communication national », mais le dictionnaire, et tout particulièrement ce type de dictionnaire « politique », joue lui-même un rôle social : il est non seulement juge des usages mais aussi partie prenante. Comme le montre son ancêtre de l'Académie française[5], le dictionnaire se situe au service de l'État. Il exerce non seulement une fonction linguistique mais aussi une fonction politique, prescriptive, normative : il est un outil social, culturel et politique.

Outre son statut, d'autres indices prouvent effectivement que le dictionnaire ne se contente pas de définir les termes, au sens où il les associerait directement, de façon transparente, avec ses homonymes. Tout d'abord, nous pouvons parcourir la liste des mots définis dans le dictionnaire et surtout celle des absents. Les mots retenus délimitent le champ de la vieillesse aujourd'hui considérée comme un problème médical, social, économique, juridique et psychologique. Nul ne s'étonne de ne pas voir apparaître par exemple les termes de sagesse, expérience, méditation, patience, malheur ou bonheur, détermination, responsabilité, réflexion, mémoire… pourtant systématiquement associés à la vieillesse, par exemple, dans le traité de Cicéron *Sur la Vieillesse* (-44), lorsqu'il dresse le portrait des valeurs de la civilité romaine accomplies par Caton à 84 ans ; même si nous pouvons encore les admirer, nous ne croyons plus en les mêmes valeurs. Ce décalage se confirme par les domaines de définition prédominants dans le dictionnaire : la gérontologie, l'action sociale, la sécurité sociale, la médecine, la démographie, l'économie et le droit. Les autres dimensions paraissent excéder le souci terminologique. Enfin, la définition de l'entrée « vieux/vieille » comme « personne qui a vécu plus longtemps que la plupart de celles qui l'entourent et à qui il reste moins de temps à vivre que celui qu'elle a déjà vécu. » (p. 111) dénote une perspective démographique, sociale et médicale, qui vise à classer et comptabiliser plutôt que comprendre ou connaître[6].

[5] A. Collinot, F. Mazière, *Un prêt à parler : le dictionnaire*, PUF, 1997, 5-38.

[6] La définition prolonge la distinction proposée dans les années 1970 entre un troisième et un quatrième âge, P. Laslett , *A fresh map of life : the emergence of the*

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

À travers ces trois dimensions (outil social, délimiter le champ pertinent, classer), le dictionnaire ne délivre pas une connaissance sur la chose « le vieux ou la vieillesse » mais construit un réseau de significations banalisé pour penser la vieillesse aujourd'hui. Dans *Le mot et la chose*, Quine a souligné les illusions d'un dictionnaire comme outil de traduction entre les mots et les choses. A supposer même que les mots aient une référence, celle-ci ne peut être connue en tant que telle. Avant de désigner un référent, un terme signifie, c'est-à-dire déclenche une réaction chez celui qui en comprend le sens : il n'y a pas de traduction terme à terme entre un mot et une chose. « Vieux » ne désigne par conséquent pas une réalité objective préalable à notre manière de dire la vieillesse. Pour comprendre la vieillesse, il faut comprendre l'ensemble des discours au sein desquels aujourd'hui elle prend sens et la réaction normale que suscite ce terme lorsque nous l'entendons : à quoi pensons-nous (retraite, Alzheimer, dépendance…) ? A quoi ne pensons-nous plus, alors que nos ancêtres ou nos voisins culturels y pensaient ou y pensent ? Notre ontologie, c'est-à-dire la description du mobilier du monde, correspond à la réification et à l'individuation qu'opère notre langage. Donc le dictionnaire joue un rôle prescriptif, en nous disant ce qu'il faut entendre par vieillesse, mais il obscurcit tout autant en taisant d'autres manières de dire ou penser. Ainsi au-delà de sa référence, le mot s'avère porteur de valeurs ou d'idéologies, comme le rappelle la double étymologie de l'âge selon deux racines indoeuropéennes – *jar- gehr-* ou *sana-* – qui se retrouvent en latin dans *vetus* ou *senex*, mais aussi dans de nombreuses langues[7], la première connotée négativement comme dans vieux ou gériatre, la deuxième positivement comme dans sénescence ou Sénat.

## *Définition de chose*

On peut aussi chercher une définition réelle qui nous aide à comprendre la chose même. Certes, nous connaissons différents symptômes de la vieillesse, mais nous ignorons ce qui en constitue l'essence. En outre, il s'avère difficile d'en marquer les frontières : dans

*third age,* London, Weidenfeld and Nicolson, 1989 ; en 2010, le rapport « Vivre ensemble plus longtemps » distingue les seniors de 50 à 75 ans, les aînés ou personnes âgées, ou troisième âge de 75 à 85 ans, les vieux ou le grand âge au-delà de 85 ans.

[7] Alain Montandon, *Les mots du vieillir*, Clermont Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2004.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

le temps, à partir de quand suis-je vieux ou vieille ? Pourquoi, à vingt ans, 60 ans me semble désigner un bon critère, et à cinquante plutôt 73[8] ? Ou dans son extension : qui appartient au groupe des personnes âgées ? Les symptômes ne suffisent plus, nous cherchons un critère, qui exprime l'essence, et nous constatons que l'âge chronologique ne suffit pas : est-ce que la vieillesse désigne bien une réalité dans les personnes mêmes, ou n'est-elle qu'un outil classificatoire ? A défaut de trouver une réponse à notre question dans le dictionnaire, pouvons-nous dégager le phénomène empirique et l'objet ontologique qui correspondent au terme « vieux » ?

Plusieurs solutions sont possibles. Même si vieillesse ne désigne pas un concept extensionnel (il ne constitue pas la somme de toutes les personnes âgées, au sens où l'ensemble des nombres pairs regroupe effectivement tous les nombres définis ainsi), nous pourrions donner une description extensive de toutes les personnes qui rentrent dans la catégorie des personnes âgées. Mais nous allons nous trouver confrontés à la difficulté de produire un critère certain d'inclusion ou d'exclusion à partir du constat que le critère des années accomplies ne suffit pas. Ainsi une personne progéroïde[9] présentant des symptômes de vieillissement dès l'enfance, est-elle vieille ou non à vingt ans ? Si à présent nous considérons les personnes d'une même classe d'âge, les études montrent la grande variabilité des modes de vieillissement ; ces individus présentent-ils des points communs invariants ? Cela n'est pas sûr. Cette impasse débouche sur une autre aporie plus classique : à partir de quand suis-je vieux ou vieille ? L'œuvre d'Opalka illustre cette formulation du paradoxe de Zénon[10] : chaque jour, Opalka peint des nombres sur une toile et peint ainsi le temps matériel, en ajoutant un peu de blanc à chaque nouveau nombre pour aller vers le nombre blanc de façon asymptotique, puis il se photographie après chaque séance de peinture dans les mêmes conditions : à partir de quand est-il vieux ?

Si l'on ne peut assigner un point de basculement dans la vieillesse, y a-t-il une essence et une cause de la vieillesse ? Certes, la vieillesse paraît inhérente à toute forme de vie en lien avec la mort. L'enjeu d'une définition essentielle consiste à donner un critère nécessaire

[8] Sondage OpinionWay, Février 2010, « La place des seniors ». http://www.concoursnationaldesvilles.fr/image/Opinionway.pdf

[9] Progéria ou Syndrome de Hutchninson-Gilford, Syndrome de Werner.

[10] Roman Opalka, http://www.opalka1965.com/fr/index_fr.php, site consulté le 6.10.2011.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

et suffisant (enjeu logique) et à expliquer (enjeu scientifique) pour donner une compréhension intensionnelle. Or il faut constater qu'il n'y a ni définition essentielle ni critère consensuel de la vieillesse. Le premier argument repose sur l'absence d'une explication unique, qui tient peut être à nos lacunes, mais plus certainement à la complexité du processus. En 1990, Z.A. Medvedev recense plus de 300 théories du vieillissement qu'il cherche à classifier : celles qui se fondent sur les changements entre les âges, celles qui se réfèrent aux premiers symptômes, celles qui proposent une explication génétique, celles qui suivent une approche évolutionniste, celles qui construisent un modèle mathématique ou physico-mathématique, les autres[11]. Deux autres arguments renforcent cette thèse : premièrement, l'impossibilité de distinguer des facteurs extrinsèques et intrinsèques vraiment à l'œuvre dans la sénescence ; deuxièmement, la multi-dimensionnalité de la vieillesse, qui caractérise un phénomène à la fois physiologique, psychosocial, personnel et collectif. Si la gérontologie se présente comme multidisciplinaire pour répondre à cette diversité, il n'en reste pas moins que nous avons du mal à appréhender la vieillesse comme phénomène global et complexe. Donc l'essence ou la cause de la vieillesse semblent tout aussi problématiques que le fait.

## *Problèmes de classification*

L'enjeu classificatoire montre qu'on ne peut pas comprendre la vieillesse sans une réflexion générale sur les âges de la vie, où chaque période caractérise un certain état de coordination des multiples systèmes qui rend possible l'adaptation du vivant à ses différents environnements aux niveaux biologique et social. La vieillesse ne constitue qu'un cas particulier du problème général de l'âge dont traitent chacune à sa façon la médecine, la biologie, l'épidémiologie, la démographie ou la sociologie. L'histoire des sciences, la sociologie et l'histoire des civilisations montrent que la classification selon l'âge constitue une opération constante, même si les catégories varient[12]. Nous avons connu récemment deux remises en cause de ces

[11] Z.A. Medvedev, « An attempt at a rational classification of Theories of Ageing », *Biological Reviews* 65, 1990, 375-398. Jean-Claude Henrard et Joel Ankri posent un constat analogue dans *Grand âge et Santé publique*, ENSP, 1999.

[12] Aristote, « De la jeunesse et de la vieillesse, et de la vie et de la mort, et de la respiration », 1965 ; Rhétorique II, 14 ; Ethique 1121b ; 1156a ; 1157b ; Hippocrate, *Airs, eaux lieux* (c.3,4), *Aphorismes* (I, §13, 14, 105 ; III, c. 24-31), *Du*

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

catégories : crise positive, pourrait-on dire, au vingtième siècle qui, après s'être inquiété du vieillissement de l'Europe et de sa possible décadence, invente une nouvelle classification avec le troisième âge, un âge où l'on est vieux sans l'être, crise vécue comme négative au vingt-et-unième siècle où l'équilibre démographique semble lesté par un surcroît de personnes âgées.

Or ces crises tiennent autant à des facteurs réels (État Providence, longévité, espérance de vie, santé publique…) qu'à des interprétations psychosociales : il n'est en effet pas simple de savoir si une population vieillit ou non, c'est même une question contestée en démographie[13]. Ainsi Patrice Bourdelais analyse les critères usuellement retenus pour en décider. D'ordinaire, les démographes utilisent la classe d'âge de 60 ans comme seuil d'entrée dans la vieillesse alors que l'état de santé et la situation sociale des sexagénaires ont changé. En effet, avoir 60 ans aujourd'hui ne signifie pas la même chose qu'en 1928, au moment où Alfred Sauvy présente un *Essai de prévision démographique* devant la Société de Statistiques de Paris. P. Bourdelais dénonce par conséquent ce seuil comme un artefact statistique. Il propose un autre critère qui oblige à réactualiser le seuil de la vieillesse en fonction de l'espérance de vie qui reste à un âge donné. A une époque donnée, quelle est la catégorie de personnes à qui il reste une espérance de vie de 10 ans ? Ils avaient 60 ans en 1870, ils en ont 65 en 1980. Par conséquent, il faut recalculer la part des « vrais vieux » et on constatera qu'elle n'a pas augmenté. Notre population rajeunit, plutôt qu'elle ne vieillit.

## Niveaux de sénescence

Dans la première partie, nous avons vu trois difficultés pour définir

*régime*, I, X, 3, Joly, 12-13, Littré, IX, p. 486. Sur les enjeux sociaux et conceptuels, Tim G. Parkin, « Ageing in Antiquity. Status and Participation », *Old Age from Antiquity to Post Modernity*, 1998, 19-42, et T. Parkin, « The Ancient Greek and Roman Worlds », in *The Long History of Old Age*, Pat Thane éd., London, Thames and Hudson, 2005. Sur la nomenclature et le système de numération au Moyen Âge, J.A. Burrow, *The Ages of Man : A Study in Medieval Writings end Thoughts*, Oxford, Clarendon Press, 1986, 201.

[13] Patrice Bourdelais, « The ageing of the population. Relevant question or obsolete notion ? », *Old Age from Antiquity to Post-Modernity,* P. Johnson & P. Thrane eds., London, NY: Routledge 1998, 110-131, 110. Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*. Paris, Odile Jacob, 1993.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

la vieillesse. Une quatrième raison vient de ce que le vieillissement doit être pensé à plusieurs niveaux de réalité sans que nous sachions bien articuler ces différents niveaux. Notre perception du vieillissement ne correspond pas forcément au niveau où intervient le mécanisme de sénescence étudié par la science. Notre perception du vieillissement s'effectue d'un point de vue anthropocentriste, voire ethnocentriste, qui vise le niveau corporel du vieillissement de l'être humain, voire de l'individu dans des démocraties occidentales. Or rien n'indique que ce niveau perceptif offre la bonne échelle pour comprendre le vieillissement. Quel est le bon niveau où penser la sénescence ? Si aucun biomarqueur ne suffit à l'expliquer, cinq candidats entrent en lice : le gène, la cellule, l'organisme, le groupe (en l'occurrence, la population d'un pays, d'une région), l'espèce. A chacun de ces niveaux s'expérimente une forme différente de vieillissement[14]. Les sciences expérimentales constituent pour leur part une ontologie, c'est-à-dire une description du réel, fondée théoriquement, qui ne correspond pas à notre échelle perceptive. Deux fondements de l'ontologie s'opposent donc ici : d'un côté, notre expérience phénoménologique, de l'autre, les théories scientifiques, sans qu'il y ait de synthèse certaine entre ces deux socles.

## *Le gène*

Les premières théories du vieillissement qui apparaissent chez Weismann (*Ueber die Dauer des Lebens*, Fischer, Jena, 1882) articulent le niveau de la cellule (germinale et somatique) et de la sélection naturelle. Par la suite, un axe majeur de la recherche vise à conjuguer les phénomènes aux niveaux du génotype et du phénotype toujours dans une perspective évolutionnaire. En ce qui concerne les gènes, deux hypothèses ont été émises à ce sujet : la première suppose que les phénomènes macroscopiques du vieillissement seraient corrélés au raccourcissement des télomères au moment de la division cellulaire, puisque les terminaisons chromosomiques tendent progressivement à perdre certains éléments. La deuxième hypothèse suppose la présence de gènes déclenchant le processus du vieillissement. Les recherches de Cynthia Kenyon sur Caenorhabditis elegans daf-2 et daf-16 montrent

[14] Dans cet ouvrage, l'article de F. Solari dresse l'état des lieux des recherches scientifiques. Nous essayons d'en montrer la signification philosophique pour notre interrogation.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

ainsi que le vieillissement ne correspond pas seulement à l'arrêt de la croissance, mais résulte d'un mécanisme de régulation de la longévité au niveau des gènes[15].

### *La cellule*

Alors que la recherche génétique s'ancre dans une optique évolutionniste, l'explication cellulaire privilégie une hypothèse physiologique. Plusieurs pistes sont explorées : les travaux de Jean-Claude Ameisen sur l'apoptose montrent qu'un phénomène cellulaire permet d'expliquer en partie le vieillissement par la mort de cellules, mais là encore ce phénomène commence avant la naissance. Une autre piste identifie des « erreurs » non éliminées au fur et à mesure qu'avance l'âge, notamment à cause de la diminution de l'activité enzymatique (stress oxydatif, difficulté accrue à éliminer les déchets).

Le gène ou la cellule ne vieillissent pas au sens propre, mais ils déclenchent des effets caractérisant le vieillissement phénotypique après la période de reproduction comme le durcissement du collagène ou la glycation non-enzymatique. Or ces gènes ou ces activités cellulaires sont présents depuis la conception de l'individu. Comment savoir quand commence le vieillissement ? Il faut faire intervenir des conditions qui tiennent à l'environnement physiologique et à la sélection naturelle.

### *L'organisme*

Nous pensons le vieillissement comme un phénomène normal de l'individu. Or notre conception de l'individu repose sur une extrapolation à partir d'individu-type, ceux que propose Aristote pour penser la substance, l'homme, le cheval. De fait, les phénomènes de l'âge paraissent corrélés avec le fonctionnement global de

[15] Cynthia Kenyon, Jean Chang, Erin Gensh, Adam Rudner, Ramon Tabtlang, « A C. elegans mutant that lives twice as long as wild type », *Nature* 366, 2 Décembre 1993, 461-464. Voir aussi les travaux sur le gène daf-2 chez le mâle nématode, qui permet d'augmenter la longévité maximale de 31 jours à 199, L. Partridge, D. Gems, « Mechanisms of Aging : Public or private » *Nature Reviews Genetics* 3 (2002), 165-175.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

l'organisme. Mais réduire la compréhension du vieillissement au modèle induit à partir des mammifères méconnaît la majorité des phénomènes de sénescence en ignorant que la majorité des êtres vivants ne souscrivent pas à notre paradigme[16]. Il faut donc interroger le vieillissement à d'autres niveaux d'individuation.

En effet, lorsque nous explorons d'autres individus, certains semblent ne pas vieillir, au sens où les critères du vieillissement (taux de mortalité et taux de reproduction) n'apparaissent pas sur un temps très long, qui dépasse soit leur longévité probable si l'on garde les mêmes grilles proposées par analogie avec les autres espèces, soit le cadre d'une étude scientifique. Ainsi le taux de mortalité de l'hydre à tentacule (pendant les 4 années de l'étude, il reste proche de 0) et son taux de reproduction (448 reproductions asexuées en 4 ans sans variation majeure qui puisse être corrélée à l'âge) demeurent stables[17]. Ou certaines colonies de coraux atteignent l'âge vénérable de 20 000 ans, ce qui semble dépasser les limites de la longévité[18]. Outre ces deux exemples, les manipulations biotechnologiques permettent désormais d'altérer le rythme du vieillissement en laboratoire sur les vers nématodes, les fruits, les mouches et les souris. Il devient possible de modifier techniquement le vieillissement au niveau de l'individu par quatre méthodes : en prolongeant la sénescence (sans diminuer les pathologies associées), en comprimant la morbidité (allonger la longévité en diminuant les pathologies associées), en ralentissant le vieillissement[19].

### *La population*

D'un point de vue épidémiologique, la vieillesse désigne souvent la

[16] Thomas Pradeu, « Qu'est ce qu'un individu biologique ? » *L'individu, Perspectives contemporaines,* Paris, Vrin, 2008, 97-125.

[17] D.E. Martinez, « Mortality Patterns suggest lack of Senescence in Hydra », *Experimental Gerontology* 33 (1998) 217-225.

[18] Cité par D. Gems, « Is More Life always Better ? The new Biology of Aging and the Meaning of Life », *The Hasting Center Report*, 33, 4, Jul. Aug. 2003, 31-39. Pour d'autres exemples, J.T. et al. Bennet, Confirmations on longevity in Sebastes diploproa (Pisces : Scorpaenidae) from 210Pb/226Ra measurements in otoliths, Mar Biol 71, 209-215.

[19] Eric T. Juengst, Robert H. Binstock, Maxwell Mehlman, Stephen G. Post, Peter Whitehouse, « Biogerontology, « Anti-Aging Medicine, » and the Challenges of Human Enhancement », *The Hastings Center Report*, 33, 4 (Jul. - Aug., 2003), 21-30.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

probabilité qu'après un certain stade un individu meure au bout d'une certaine unité temporelle à partir de causes distribuées au hasard. Le vieillissement individuel s'intègre à celui d'un groupe déterminé par des modes de vie favorables ou non. Cet emboîtement se traduit à travers la notion d'âge chronologique qui reste prédominant à la fois socialement et administrativement pour dire la vieillesse. Tout l'enjeu de notre époque consiste à savoir ajuster les indicateurs chronologiques avec la réalité épidémiologique. Comme l'a montré P. Bourdelais, le choix d'un indicateur pertinent permet de faire varier le seuil chronologique d'entrée dans la vieillesse selon les époques et conditions sanitaires.

Outre la question du seuil, il s'agit de penser la nature et la qualité substantielle du vieillissement de la population. Pour éviter de réduire la vieillesse seulement à l'indicateur chronologique et tenir compte de l'hétérogénéité des personnes âgées, l'épidémiologie couple l'âge avec le degré de dépendance d'une personne pour la vie quotidienne. Cette dépendance ou le fort risque de devenir dépendant exprime des conditions biomédicales, mais aussi un contexte psychosocial. Le passage du seuil de dépendance marque l'entrée dans la fragilité[20], dont les divers degrés caractérisent l'incapacité de la personne à vivre de façon autonome dans la communauté.

Enfin quatre facteurs sociaux peuvent être mobilisés pour constituer une typologie du vieillissement de la population : 1° par le haut grâce à l'allongement de la durée de vie, 2° par le bas avec la réduction du taux de fécondité, 3° par l'arrivée à un âge avancé de la génération *baby-boom*, 4° par une forte émigration de jeunes.

### *L'espèce*

Weismann interprétait le vieillissement dans une perspective évolutionnaire : l'adaptation évolutive requiert une mort programmée, donc un processus de vieillissement. Sans le vieillissement, les individus vieux ou moins développés entreraient en compétition avec les animaux plus jeunes, censés mieux adaptés. Ce n'est donc pas un processus intrinsèque à l'individu : il se situe au niveau de

[20] Woodhouse K., Wynne H., Baillie S et al., « Who are the frail elderly ? » *Quaterly Journal of Medicine,* 1988 ; 28 : 505-506. Rockwood K, Fox Roy A., Robertson D., Stolee Paul, Bettie Lynn « Frailty in elderly people : an evolving concept », *Canadian Medical Association Journal*, 1994 (4), 489-495.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

l'espèce. Mais l'idée d'une programmation génétique ne suffit pas à expliquer le vieillissement, car il faudrait encore expliquer quand, pourquoi et comment se déclenche l'activité de ces gènes pourtant présents depuis l'origine de l'individu. D'où une autre hypothèse dite pléiotropie : alors que les effets aléatoires des mutations sont positifs durant l'âge reproductif, ils deviennent négatifs une fois la période reproductive dépassée. Chez l'individu jeune, les mutations qui affectent en permanence l'activité génétique tendent sans cesse à être éliminées ; au contraire, les individus ayant accompli cette fonction reproductive ne sont désormais plus aussi sensibles à ces déviances qui ne sont d'ailleurs pas éliminées mais ouvrent la voie aux maladies propres à cet âge. Le vieillissement constitue un résultat de la diminution du potentiel reproductif. George C. Williams (1957) postule des gènes capables d'effets opposés sur l'adaptation de l'individu selon son âge, c'est-à-dire selon les environnements somatiques des gènes : certains gènes responsables de traits favorables pendant la jeunesse peuvent produire à partir d'un certain âge des effets défavorables qui diminuent l'adaptation d'un individu. Il nomme ce phénomène la pléiotropie antagoniste. La sélection s'effectue sur les critères de la probabilité de reproduction de l'individu, non de sa longévité[21]. Bref, nous ne vieillissons pas parce que l'âge serait inscrit génétiquement dans notre génome, mais parce qu'il n'y a pas de programme pour prolonger la maintenance du soma.

Ainsi, différentes ontologies correspondent aux multiples niveaux de sénescence, niveaux hiérarchisés (le gène, la cellule, l'organisme…), susceptibles de s'intégrer les uns les autres à des entités supérieures, sans que nous puissions décider d'une dernière instance qui délivrerait la clef du vieillissement.

## Valeurs de la vieillesse

Les deux premières parties mettent en lumière les ambiguïtés et la complexité du vieillissement en tant que mot et processus scientifique. La dernière partie analyse les effets pragmatiques de cette catégorie classificatoire à la croisée des sciences de la nature et des sciences de l'homme. Le vingtième siècle marque la prise de conscience de l'ambivalence des catégories classificatoires, de l'interaction entre sciences

[21] George C. Williams, « Pleiotropy, Natural selection and the evolution of senescence », *Evolution*, 11, December 1957, 398-411, 401.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

de la nature et sciences humaines, en particulier dans leur application au problème de la vieillesse ainsi défini. Pour reprendre et étendre les termes de G. Noiriel, le vingtième siècle opère une colonisation du monde vécu de la vieillesse par l'État Providence et la science. En 1902, Metchnikoff définit le projet d'une gérontologie, comme connaissance globale de la vieillesse ; en 1909, Nascher appelle de ses vœux l'émergence de la gériatrie. En 1928 en France, Alfred Sauvy institue les enquêtes démographiques sur le « vieillissement » pour créer un indicateur fiable ; il contribue à la création l'INED (institut national des enquêtes démographiques) pour chercher le seuil qui indique la vieillesse et alerter l'État sur les enjeux économiques. En France, en 1905, une loi instaure l'assistance obligatoire pour les personnes âgées ; en 1910, sont instituées les retraites ouvrières et paysannes ; en 1941, est créée l'Allocation aux vieux travailleurs salariés qui pose le problème de la solidarité nationale ; l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur la Sécurité sociale ou la Constitution de 1946 entérinent cette évolution ; en 1962, le rapport Laroque développe une stratégie pour l'insertion des personnes âgées dans la société en développant les services et les loisirs pour le troisième âge[22]. Dans les années 1970, Peter Laslett, fondateur du *Cambridge Group for the History of Population and Social Structure* souligne la nécessité de corriger la classification des personnes âgées en distinguant le troisième âge, où l'on est vieux sans l'être (on a accomplit un certain nombre d'années mais on reste en bonne santé) et le quatrième âge[23]. Simultanément les recherches sur la sénescence se multiplient et le développement biotechnologique laisse entrevoir la possibilité de modifier la vieillesse. Sur ce fond, de nouveaux discours se structurent non seulement pour dire et penser, mais surtout pour évaluer la vieillesse : trois versions énoncées respectivement en termes de réussite, d'anti-âge ou de fragilité se démarquent.

### *La vieillesse réussie*

Ce discours s'ancre dans une vision de l'individu trajectoire, pensé comme agent autonome et rationnel conformément aux analyses d'Alain Ehrenberg[24] : l'individu doit affirmer son identité personnelle, notamment à travers sa réussite sociale, mais aussi

[22] Elise Feller, *Du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005, 142.
[23] Peter Laslett. « The History of aging and the aged », *Family Life and illicit Love in earlier Generations*, Cambridge : Cambridge University Press, 1977, 174-213.
[24] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi,* 1998.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

affective, psychologique, physique. Cette affirmation de soi se nomme autonomie et correspond au choix, à la propriété de soi et à l'initiative individuelle. Or ce sont justement ces valeurs qui sont mises à mal dans la vieillesse. La trajectoire semble devoir s'arrêter à plus ou moins court terme, la réussite sociale liée au travail paraît surtout passée et ne semble plus pouvoir justifier totalement cette nouvelle période de l'existence ; l'identité personnelle est mise à mal physiquement mais souvent aussi sur les plans affectif et psychologique.

Dans le même temps, la médecine promeut la valeur de l'autonomie : d'une part, le débat bioéthique se structure autour de principes[25], dont l'autonomie, d'autre part, J.W. Rowe et R.L. Kahn dégagent la possibilité d'une vieillesse réussie[26]. Après avoir souligné, outre la santé, les dimensions cognitive et relationnelle de la vieillesse, ils en distinguent quatre modalités indexées sur nos modes de vie : handicapée (*impaired*), pathologique (*diseased*), usuelle et réussie (caractérisée par la faible probabilité de pathologies, de bonnes capacités cognitives, des relations sociales actives)[27]. Il s'agit alors de répondre à deux questions : Comment garantir ce qui constitue l'essence même de l'individu, c'est-à-dire l'autonomie décisionnelle et exécutionnelle chez la personne âgée ? Comment proposer encore une réussite à la personne âgée ? A défaut d'être normale en termes descriptifs, le vieillissement réussi devient une norme prescriptive. Par la suite, plusieurs études cherchent à définir un modèle articulant des éléments subjectifs et objectifs reproductibles pour évaluer et optimiser la vieillesse[28]. L'Organisation Mondiale de la Santé encourage l'accompagnement du vieillissement actif conçu comme optimisation[29], l'Union européenne entérine la même

[25] T.L. Beauchamp, J.F. Childress , *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1989.

[26] J.W. Rowe, R.L. Kahn, « Human aging : usual and successful », *Science*, 1987, vol. 237, 4811, 143-149, ici 144.

[27] J.W. Rowe, R. L. Kahn, « Human Ageing : usual and successful », *Science*, 237, 1987, 143-149.

[28] Yvonne G. Doyle, Martin McKee, Martya Sheriff, A model of sucessful ageing in British populations, *European Journal of Public Health*, 2010, doi: 10.1093/eurpub/ckq132 ; Rachel A. Pruchno, Maureen Wilson-Genderson, Francine Cartwright, A Two-Factor Model of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2010, doi: 10.1093/geronb/gbq051.

[29] « Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. It applies to both individuals and population groups. » Active Ageing : A Policy

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

logique dans son plan d'action « Healthy Ageing » (2004-2007), et le gouvernement français publie en 2010 une analyse stratégique intitulée « Vivre ensemble plus longtemps » pour clore le plan « Bien vieillir » (2007-2009)[30] – même si le plan national et rapport mentionnent et condamnent le risque de stigmatiser ceux qui ne souscriraient pas à la norme[31].

## *L'anti-âge ou l'anti-vieillissement*[32]

Le transhumanisme propose d'améliorer l'espèce humaine notamment grâce aux biotechnologies. Ce projet suppose un sujet capable de se prendre soi-même comme objet pour maîtriser son devenir. Cette maîtrise de soi aussi bien au niveau de l'espèce que de l'individu constitue une version forte de l'autonomie, où les technosciences contemporaines permettent de réactualiser l'idéal ancien d'être maître de soi[33]. En particulier, la biogérontologie nourrit le projet de ralentir ou contrôler le vieillissement en améliorant les formes et les fonctions humaines grâce à une connaissance plus approfondie des mécanismes du vieillissement et grâce à des interventions « anti-aging »[34]. Cette médecine contre l'âge (*anti-age medicine*) met en question les limites et les missions de la médecine contemporaine ; à ce titre, elle rencontre plusieurs problèmes éthiques. Le plus flagrant concerne la régulation du marché, sa prise en charge et son identité institutionnelle : cette difficulté renvoie certes au positionnement de l'État face à la vieillesse, mais plus profondément, elle oblige à éclairer l'ambiguïté de la vieillesse conçue comme maladie, handicap ou processus naturel. Si la vieillesse n'est pas pathologique, alors les produits « anti-âge » deviennent analogues à des cosmétiques ou des suppléments diététiques, et les

Framework (www.who.int/hpr/ageing) 2002.

30 Préambule, Plan National Bien Vieillir 2007-2009.

31 Plan National Bien Vieillir 2007-2009, 5 ; « Vivre ensemble plus longtemps », 31.

32 Dans cet ouvrage, l'article de J.Y. Goffi développe les argumentaires bioconservateur et transhumaniste.

33 Le rapport Leonetti n° 2235 enregistré le 20 Janvier 2010 critique l'enhancement, 465-472.

34 Eric T. Juengst, Robert H. Binstock, Maxwell Mehlman, Stephen G. Post, Peter Whitehouse, « Biogerontology, « Anti-Aging Medicine», and the Challenges of Human Enhancement », *The Hastings Center Report*, 33, 4 (Jul. - Aug., 2003), 21-30.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

technosciences associées ne relèvent plus des missions sanitaires de l'État[35]. Mais aucune césure claire et nette ne sépare le domaine de la santé et celui de l'amélioration ; et leurs frontières sont d'autant plus floues que la médecine d'amélioration rencontre une véritable adhésion sociale[36].

## *La fragilité*

La catégorie des personnes âgées constitue une population particulièrement vulnérable ou fragile. Au lieu de prôner une optimisation, gérontologues, sociologues et psychologues opèrent alors un changement de paradigme pour étudier la capacité des personnes âgées à réagir face à l'insécurité économique, l'isolement, la maladie, l'accident, les facteurs de stress ou le risque[37]. Face à l'autonomie de type kantien, ils développent et appliquent une éthique du *care*. Dans les discussions autour du principe d'autonomie appliqué à la maladie d'Alzheimer, Agnieska Jaworska montre ainsi qu'on peut sortir de la logique dénoncée par A. Ehrenberg, qu'on peut donner un sens à l'autonomie non pas en tant que principe de la raison pure ou logique rationnelle de l'agent, mais à travers la capacité pour une personne d'avoir des valeurs, d'y adhérer[38], qui ne dépendent ni des capacités cognitives ni de la traduction de ces choix par des actes. Les valeurs ne désignent pas seulement les décisions guidées par la raison pure pratique, mais elles se traduisent aussi par une dimension émotionnelle et affective qui connote leur statut éthique. Il faut distinguer les critères essentiels de l'autonomie (la capacité d'évaluer) et les critères périphériques (la cohérence des choix, la mise en pratique). Même s'il ne suffit pas en tant que tel, le désir, la capacité à désirer certaines expériences et accomplir des valeurs, constitue bien l'expression d'une autonomie, c'est-à-dire d'un choix de valeurs. Il

[35] Le slogan de la société anti-aging américaine Vitabasix est : « Stop aging, start living ».

[36] Par exemple, aux Etats Unis, l'American Academy of Anti-Aging Medicine (A 4M) avec 11 000 médecins ou Mathusalem Foundation (2003); en Europe, l'Académie européenne de la médecine de la qualité de vie et de longévité.

[37] Dans cet ouvrage, l'article de B. Comte représente ce point de vue.

[38] Agniezka Jaworska, « Respecting the margins of agency : Alzheimer's patients and the capacity to value », *Philosophy and public affairs*, 1999, 28, n°2, 105-138. Fabrice Gzil, *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques*, Paris, PUF, 2009, 194-199.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

s'agit alors non pas de se substituer à la personne, mais de l'aider à actualiser ses valeurs dans sa vie. L'autonomie prend alors en compte la fragilité de la personne.

Sur ce point, cette période du grand âge paraît symétrique à l'enfance, elle aussi considérée comme une population fragile. Si l'enfant et la personne âgée partagent cette fragilité, son évaluation s'avère néanmoins différente. Du dix-huitième siècle au vingtième, l'enfant change de statut[39] : d'utile, il devient précieux, alors que nous restons dans une logique de la personne âgée inutile et coûteuse. Si, depuis le siècle dernier, nous n'avons jamais vécu dans une société qui prenne autant en charge économiquement et médicalement les personnes âgées, leur valorisation intrinsèque reste paradoxalement faible[40]. Le concept de fragilité permet d'envisager la vieillesse comme un âge normal dont il faut discuter l'évaluation ordinairement négative[41]. S'ouvre ainsi une troisième voie, où il s'agit de penser des mondes de vie tenant compte et acceptant cette fragilité en cherchant effectivement à améliorer l'autonomie (*to enhance the autonomy*, Jaworska, p. 133) en termes de capacité à évaluer sa situation, ses intérêts et ses actes[42].

Comparer ces trois interprétations contemporaines de la vieillesse montre qu'elles reposent non seulement sur des connaissances scientifiques et sociologiques, mais aussi sur des concepts discutés (autonomie, valeur, soin). Chacune suppose un sens différent de la vieillesse et induit des pratiques à la fois institutionnelles et privées différentes. Ce dernier niveau d'analyse montre que la vieillesse ne peut faire l'objet d'un consensus pour trois raisons : premièrement, la vieillesse ne désigne pas l'objet d'une pure et simple connaissance scientifique, au sens où nous connaissons par exemple la distance

[39] Hélène Bergues, Philippe Ariès *et al*., *La prévention des naissances dans la famille. Ses origines dans le monde moderne*, Paris, PUF, 1960 ; Ph. Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Plon, Paris, 1960 ; F. Dolto, *Lorsque l'enfant paraît*, t. I, II, III, Seuil, Paris, 1977-1979. Ian Hacking, *The social construction of what ?* Cambridge MA : Harvard University Press, 1999.

[40] L'expression de lien social apparaît dans le rapport Laroque (1962), Joël Defontaine, *Les services à la personne. L'économie de la quotidienneté*, éditions Liaisons, 2006, 106-109.

[41] Christian Lalive d'Epinay et Dario Spini, « Le grand âge : un domaine de recherche récent », *Gérontologie et société*, 2007, 123, 31-54 ; *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*, Laval : PUL, 2007.

[42] Dans cet ouvrage, Jean-Jacques Wunenburger dégage particulièrement la dimension temporelle de ces mondes.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

entre la terre et la lune. Elle est toujours aussi une construction sociale et implique des choix de valeurs. Nous en sommes à la fois objets, sujets et agents. Du coup, il faut renoncer à fonder notre évaluation de la vieillesse sur une ontologie. Deuxièmement, même au niveau des connaissances scientifiques, nous constatons une pluralité sans doute irréductible, qui oblige à prendre en compte la difficulté de connaître un processus non seulement complexe, mais où nous sommes à la fois objets, sujets et agents. Troisièmement, nous constatons que nos mots ne servent pas l'objectif d'une pure connaissance mais jouent toujours un rôle pragmatique à la fois politique, social et culturel. Dire la vieillesse c'est aussi faire. La philosophie permet ainsi d'éclairer en quoi la vieillesse est et demeure un concept essentiellement discuté, c'est-à-dire sans résolution ni logique, ni ontologique, ni scientifique des possibles conflits de signification.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Vieillir : normal ou pathologique ?

*Élodie Giroux*
*Philosophe*
*Lyon III*

Intuitivement, nous résistons à assimiler la vieillesse et le vieillissement à une maladie. Il est fréquent de lire ou d'entendre « vieillir n'est pas pathologique » ou « la vieillesse n'est pas une maladie ». Mais, s'il apparaît si nécessaire de l'affirmer, n'est-ce pas qu'il y a des raisons pouvant justifier une telle assimilation ? En effet, si l'on concède que la *vieillesse* n'est pas une maladie, on ne peut nier qu'elle est associée à de nombreuses maladies : les personnes âgées, et en particulier, les personnes du quatrième ou grand âge[43], ont beaucoup plus de risque de contracter des maladies que les plus jeunes adultes. En outre, cette association – et c'est bien là le problème – est étroite : les maladies associées sont le plus souvent des maladies dites « dégénératives », c'est-à-dire dues au processus même de *vieillissement*. On comprend que la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique soit particulièrement problématique. Elle fait l'objet d'un débat toujours vif en médecine et la question reste ouverte de savoir si l'on peut parler d'un vieillissement « normal »[44].

Or, les usages de cette catégorisation en normal ou pathologique ont d'importantes conséquences dans nos sociétés contemporaines. C'est d'elle que semble dépendre la décision de traitement par la médecine

[43] On distingue désormais classiquement le troisième et le quatrième âge, ce dernier fixé autour de 80 ans marquerait véritablement l'entrée dans la vieillesse. Chez les anglo-saxons, on a pris l'habitude de distinguer trois âges démographiques : les « young old » (65-74 ans), les « old old » (75-84 ans) ou les vieux et les « oldest old » (85 ans et plus), c'est-à-dire les vieillards proprement dits. Voir sur ce point Christian Lalive d'Epinay et Dario Spini, « Le grand âge : un domaine de recherche récent », *Gérontologie et société,* 2007, 123, 31-54.

[44] Voir par exemple le débat suivant à propos de la dégénérescence cérébrale : W. F. A. den Dunnen, W. H. Brouwer, E. Bijlard, J. Kamphuis, K. van Linschoten, E. Eggens-Meijer, G. Holstege, « No disease in the brain of a 155-year-old woman », *Neurobiology of Aging*, 2008, 29, 1127-1132 et K. Del Tredici, H. Braak, « Neurofibrillary changes of the Alzheimer type in very elderly individuals: neither inevitable nor benign: Commentary on 'No disease in the brain of a 115-year-old woman' », *Neurobiology of Aging*, 2008, 29, 1133-1136.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

mais aussi, dans le contexte des États-providence, la prise en charge sociale et toute une économie de la santé et de la recherche. Alors qu'elle était initialement une question diagnostique essentiellement confinée au dialogue entre le médecin et son patient, la distinction entre normal et pathologique est devenue un problème de nature sociale, politique et économique. Il convient toutefois de nuancer cette importance accordée aux concepts de normal et de pathologique. L'analyse philosophique de ces concepts a bien mis en évidence que la relation entre le jugement diagnostique d'une part, et les décisions de traitement, de remboursement par les assurances santé, d'orientation de la recherche, etc. d'autre part, est moins directe et plus complexe qu'il ne paraît à première vue[45]. Malgré cette complexité, il semble que ce qu'on catégorisera comme pathologique isole bien un domaine privilégié et légitime pour un certain nombre de décisions, par exemple en termes de remboursement ou de prise en charge. Sans cela, c'est la pertinence et l'utilité de nos catégories de normal et de pathologique qui sont alors mises en question[46].

L'objectif de cette présente contribution est d'examiner le problème de la catégorisation en normal et pathologique dans le contexte du grand âge où il apparaît particulièrement aigu. Y présente-t-il des spécificités par rapport au domaine plus classique de son examen philosophique, la santé de l'adulte ? Qu'est-ce qu'il nous apprend sur ces catégories si usitées que sont le normal et le pathologique, la santé et la maladie ? La réponse à la question du statut pathologique de la vieillesse dépend des définitions retenues pour le normal et le pathologique, la santé et la maladie, mais aussi de la conception de leur statut (normatif ou naturaliste[47]) et de leur relation logique (relation de contrariété ou compatibilité ?). Dans un premier temps, nous examinerons ce qui a pu conduire à une *pathologisation* de la vieillesse

[45] C. Boorse, « Concepts of health and disease », in F. Gifford (ed.), *Handbook of Philosophy of Science, vol 16: Philosophy of Medicine*, Elsevier, 2011, 13-21.

[46] Ceux qui ont contesté le plus ces liens entre ces catégories et les conséquences en termes de décisions cliniques, légales, économiques et politiques sont alors conduits à relativiser le rôle et l'intérêt de ces concepts en médecine, et même à proposer leur abandon. Voir en particulier : G. Hesslow, « Do We Need a Concept of Disease », *Theoretical Medicine*, 1993, 14, 1-14; M. Ereshefsky, « Defining 'Health' and 'Disease' », *Studies in the History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 2009, 40, 221-227.

[47] Pour une présentation du débat anglo-saxon sur les concepts de santé et de maladie qui oppose un courant dit « normativiste » à un courant « naturaliste », voir É. Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, Paris, Vrin, 2010.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

et du vieillissement. Puis, à travers l'examen d'arguments en faveur de la naturalité du vieillissement, nous verrons les difficultés que rencontre la notion de *vieillissement normal*. Enfin, au vu des difficultés d'une catégorisation aussi bien dans le domaine du normal que du pathologique, nous nous demanderons si, et dans quelle mesure, d'autres concepts proposés, la distinction entre vieillissement usuel et réussi et les concepts de dépendance et de fragilité en gériatrie, constituent des alternatives pertinentes à ce dualisme.

## Pathologisation de la vieillesse et du vieillissement

### *Vieillissement de la population et médicalisation de la vieillesse*

C'est dans un double contexte que la question du statut pathologique de la *vieillesse* a émergé ces dernières années dans les sociétés occidentales. D'une part, comme nous venons de le souligner, la santé est devenue une affaire qui dépasse bien largement le domaine médical avec le développement des thérapeutiques et des aides sociales de nos États-providence dans un champ de la santé devenu économique et sociopolitique. D'autre part, dans le cadre de ce qu'on a appelé *a posteriori* la « transition épidémiologique » et qui fait suite à la transition démographique, la structure d'âge des populations s'est profondément modifiée dès la fin du premier tiers du vingtième siècle. L'allongement considérable de la durée de la vie humaine fait que les personnes du grand âge constituent aujourd'hui la classe d'âge qui connaît la plus forte croissance démographique. On peut ainsi dire que la vieillesse, auparavant limitée à un nombre restreint d'individus, est, au niveau de nos sociétés, un fait nouveau. Ces changements dans la structure d'âge de nos populations a pour conséquence l'augmentation de la part prise par les maladies chroniques dites dégénératives, c'est-à-dire liées à l'avancée en âge,

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

comme les cancers et les maladies cardiovasculaires, mais aussi, les multiples démences et en particulier la maladie d'Alzheimer.

Dans ce double contexte, on a assisté à la médicalisation de la vieillesse avec l'émergence de la spécialité médicale de la gériatrie, parallèlement d'ailleurs à la médicalisation de l'enfance et la naissance de la pédiatrie. Notons cependant que la médicalisation, bien qu'elle lui soit étroitement liée, n'implique pas nécessairement une « pathologisation » puisqu'il apparaît aujourd'hui assez clairement que la médecine en général, si elle s'intéresse prioritairement aux maladies, prend aussi en charge des conditions qui ne sont pas reconnues comme telles : la contraception, la chirurgie esthétique, la grossesse, etc. Toutefois certains philosophes renonçant à la possibilité d'une définition biologique et naturaliste de la maladie ont proposé de la définir précisément à partir de ce que la médecine prend effectivement en charge. Ce n'est donc plus la maladie qui délimiterait et définirait le domaine de la médecine, mais l'inverse[48]. Outre le pouvoir que cette approche donne à la médecine, elle ne permet plus de rendre compte de cette distinction que fait pourtant bien la médecine elle-même parmi ce qu'elle prend en charge, entre ce qui relève du pathologique et ce qui n'en relève pas (la grossesse, par exemple). Il reste que c'est bien cette médicalisation qui induit quoi qu'il en soit la possibilité d'une ambiguïté et l'émergence de la question du statut de la vieillesse.

Surtout, dans les faits, en particulier depuis les années 1980 et 1990 au cours desquelles une distinction s'est progressivement imposée entre troisième et quatrième âge, la question du grand âge a principalement été abordée à partir de ses pathologies, de ses morbidités et de sa mortalité[49]. Or elle ne saurait s'y réduire ! D'autres époques de notre civilisation l'associaient au contraire à une forme de sagesse et de sommet de la vie humaine. D'ailleurs, si l'on considère l'objet premier de la gériatrie, il peut apparaître évident qu'il n'est pas la vieillesse en tant que telle mais bien les pathologies qui lui sont associées, ou plus précisément, le « vieillissement pathologique ». Comme pour cette

[48] Kräupl Taylor définit la maladie comme toute anormalité statistique que les médecins traitent. C'est un tel concept qui a pu l'emporter dans le champ de la santé mentale en réaction à la critique antipsychiatrique et aux difficultés rencontrées pour établir les critères d'un concept général de maladie mentale. On trouve cependant divers positionnements philosophiques qui mériteraient d'être affinés. K. Taylor, « A logical analysis of the medico-psychological concept of disease », *Psychological Medicine*, 1971, 1, 356-64.

[49] Voir C. Lalive d'Epinay et D. Spini, « Le grand âge », *art. cit.*

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

autre spécialité médicale qu'est la pédiatrie, la gériatrie ne s'occupe pas d'un ensemble de pathologies spécifiques, mais des pathologies d'une classe d'individus définie par l'âge. Mais alors, pour préciser cet objet, il est apparu nécessaire de distinguer les maladies associées à l'âge qui caractérisent le vieillissement dit « pathologique » et le processus biologique de vieillissement, ou sénescence, considéré comme « normal ». Le rôle de la gériatrie serait donc de s'intéresser aux maladies associées à l'âge, non pas de s'attaquer au processus du vieillissement lui-même, alors jugé « normal » car nécessaire ou inéluctable. Or avec cette distinction, on est désormais conduit au problème du statut pathologique du *vieillissement* : le problème de la ressemblance étroite entre ce qui caractérise habituellement la maladie et la réalité du vieillissement, et même la difficile et peut-être impossible distinction entre ce qui relève du vieillissement normal et du vieillissement pathologique.

### *Ressemblance entre vieillissement et maladie*

Pour la plupart des philosophes qui ont récemment cherché à élaborer une définition générale de la maladie dans le cadre de la méthode dite de « l'analyse conceptuelle », l'enjeu est qu'elle rende compte aussi fidèlement que possible de nos usages de ce terme[50]. Il convient dès lors qu'elle exclue des états que la médecine ou le sens commun[51] ne classent pas dans les maladies comme la grossesse, la ménopause, la contraception, la vieillesse et le vieillissement. Or sur ce plan théorique et philosophique, quand on cherche à définir le concept générique de maladie, un certain nombre de caractéristiques sont souvent citées qui, bien que non nécessaires et non suffisantes, apparaissent en général de manière convergente dans ce qu'on classe alors comme pathologique. On a plus ou moins insisté sur divers

[50] Voir É. Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, *op. cit.*

[51] Les visées sont en réalité diverses et cette diversité pourrait bien d'ailleurs rendre compte de la diversité des définitions et de leur difficile comparaison. Celui qui a plus particulièrement initié cette démarche de définition dans le style de la méthode de l'analyse conceptuelle a pour objectif de décrire uniquement le concept scientifique et médical. D'autres comme Reznek, Fulford ou Nordenfelt, et l'on pourrait aussi classer Canguilhem dans cette perspective même s'il ne s'inscrit pas dans cette méthodologie analytique, cherchent à analyser un concept fondamental commun à l'usage ordinaire et à l'usage médical et scientifique. Voir Boorse, *Concepts of health and disease, art. cit.*, 19-20.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

critères. Arthur Caplan en énumère cinq : la souffrance ou la gêne, la causalité spécifique, la présence d'un ensemble de changements structurels et fonctionnels bien déterminés, des symptômes cliniques, une détérioration ou altération des fonctions[52]. Or il souligne que tous s'appliquent parfaitement bien au vieillissement ! Ainsi peut-on comprendre la tentation de caractériser le vieillissement comme une « maladie première qui fait le lit de toutes les pathologies chroniques que les médecins soignent au quotidien sans jamais les guérir »[53]. Caplan propose même de caractériser le vieillissement comme une « maladie mortelle » ou, plus littéralement, d'une « maladie à mort » [« *a disease unto death* »], reprenant l'expression utilisée par Kierkegaard pour caractériser le désespoir dans son *Traité du désespoir*[54].

Sur un plan plus pratique et empirique, et d'un point de vue biologique, la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique se révèle être particulièrement complexe. Le processus biologique de vieillissement est lui-même impliqué dans ces pathologies d'ailleurs dites « dégénératives » ou « liées à l'âge ». Il est extrêmement difficile et peut-être impossible de faire la distinction. La prise en charge et la recherche médicale sur ces pathologies liées à l'âge (et dont le but est de comprimer la morbidité) seraient donc difficilement dissociables de celles qui concernent la biologie même du vieillissement (dont le but est de ralentir ce processus). Pour les chercheurs Izaks et Westendorp, les médecins ont tort de chercher à distinguer vieillissement normal et vieillissement pathologique et de penser que le vieillissement n'est pas une maladie. Selon eux, « le vieillissement est l'accumulation de dommages au niveau des cellules somatiques qui entraînent un dysfonctionnement cellulaire et culmine dans un dysfonctionnement organique et une augmentation de la vulnérabilité vis-à-vis de la mort » et cette accumulation n'est pas dissociable du processus qui conduit aux maladies « liées » à l'âge[55].

## *Jeunisme, médecine anti-âge et progrès thérapeutique*

[52] A. Caplan, « The 'unnaturalness' of Aging - a sickness Unto Death? », in A. L. Caplan, H.T. Engelhardt,J. J. McCartney (eds), *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Reading, Mass : Addison-Wesley, 1981, 725-737.

[53] C. de Jaeger, Article « Vieillesse » dans D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, P.U.F., 1197.

[54] A. Caplan, « The 'unnaturalness' of Aging- a sickness Unto Death? », *art. cit.*

[55] G. J. Izaks & R. G. J. Westendorp, « Ill or just old? Towards a conceptual framework of the relation between ageing and disease », *BMC Geriatrics*, 2003, 3, 7.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

L'association entre vieillesse, vieillissement et maladie est aussi liée au contexte social et culturel contemporains et aux valeurs et représentations avec lesquelles nous les appréhendons. En effet, nos sociétés occidentales contemporaines tendent à valoriser la jeunesse, ou plutôt le fait de rester jeune ; la vieillesse est considérée négativement au même titre que la maladie. Parmi les philosophes qui insistent sur la dimension intrinsèquement normative de tout concept de maladie, beaucoup se fondent sur cette négativité. La maladie serait fondamentalement une valeur vitale négative[56]. Mais il est alors difficile d'exclure le vieillissement d'une telle définition.

Georges Canguilhem définit la santé comme une capacité normative, une capacité d'adaptation ou réserve d'activité. Sans vouloir associer sa pensée au jeunisme contemporain, il est indéniable que sa notion de santé a une grande proximité avec celle de jeunesse. La maladie étant par ailleurs définie par Canguilhem comme le contraire vital de la santé, c'est-à-dire une capacité restreinte, la vieillesse semble bien entrer dans cette catégorie[57]. S'il est vrai que Canguilhem n'aborde pas la thématique du vieillissement dans *Le Normal et le pathologique*, il répond cependant dans une note à la possible objection d'une confusion entre santé et jeunesse : « On voudra peut-être objecter que nous avons tendance à confondre la santé et la jeunesse. Nous n'oublions cependant pas que la vieillesse est un stade normal de la vie. Mais à âge égal, un vieillard sera sain qui manifestera une capacité d'adaptation ou de réparation des dégâts organiques que tel autre ne manifeste pas, par exemple une bonne et solide soudure d'un col de fémur fracturé. Le beau vieillard n'est pas seulement une fiction de poète. »[58] Canguilhem est donc conduit à ajouter à sa définition une relativisation aux âges de la vie. Mais la question est alors déplacée du côté du fondement de cette notion de « stade normal de la vie » ou d'âges de la vie.

Par ailleurs, avec le développement des savoirs et techniques biomédicales, s'il devenait possible d'agir sur le processus même de

[56] Voir par exemple, G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F., 1966.

[57] Pour D. Dreuil et D. Boury, Canguilhem, avec cette notion de « capacité restreinte » livre en réalité un concept qui correspond bien au concept de « fragilité » devenu important en gériatrie depuis quelques années et dont nous parlerons dans notre dernière partie. D. Dreuil, D. Boury, « Autour du vieillissement: le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem », *Ethique et santé*, 2010, 7, 36-41.

[58] G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 134.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vieillissement, à la fois donc pour comprimer la morbidité (vieillissement pathologique) et ralentir le vieillissement (dit normal), on pourrait bien être tenté de considérer le vieillissement en général comme pathologique. Ceux qui considèrent que la maladie est fondamentalement un concept pratique et normatif au sens où est pathologique ce contre quoi la médecine agit ou peut agir, comme évoqué précédemment, seront conduits à inclure le vieillissement dans le domaine du pathologique[59]. En tout cas, les arguments pour justifier sa « normalité », au sens de nécessité physique, sont alors plus difficiles à défendre. En outre, quel que soit la nature et le sens précis du lien entre le concept de maladie et la médecine[60], ce lien apparaît suffisamment fort dans nos sociétés contemporaines pour que, appeler un état ou un processus une maladie, revienne à attirer sur lui l'attention de la médecine. Par suite, et c'est souvent l'argument des défenseurs de la médecine dite « anti-âge » [*anti-aging medicine*], il pourrait être considéré moralement nécessaire, ou tout au moins utile, de parler du vieillissement comme d'une maladie afin que se développent une meilleure prise en charge et davantage de recherches[61]. La notion de maladie est alors ici utilisée et comprise comme une injonction à l'action[62]. De leurs côtés, les transhumanistes les plus radicaux abondent aussi dans ce sens, considérant que la vieillesse et le vieillissement sont une maladie, au même titre d'ailleurs que la mort, et qu'il convient de les combattre. C'est chez eux le corrélat d'une définition positive de la santé et d'une conception de la maladie comme étant le contraire de la santé. Pour eux, la mort et le vieillissement sont des échecs de la nature qui doivent précisément être corrigés par les moyens nouveaux de la biotechnologie qui ouvrent à la posthumanité[63].

---

[59] Voir Lawrie Reznek, *The Nature of disease*, London, Routledge & Kegan Paul, 1987, 97. Il fait l'hypothèse que si nous découvrions un médicament qui nous permettait de vivre jusqu'à 200 ans et que nous l'appelions vitamine F, le vieillissement normal pourrait bien être alors considéré comme une déficience pathologique de vitamine F.

[60] Appelle-t-on maladie ce que la médecine prend de fait en charge, ou bien la médecine prend-elle prioritairement en charge ce qu'on appelle maladie, qui est alors un concept prescriptif, une injonction à l'action ?

[61] Voir notamment le débat entre Arthur Caplan et Rick Moody, Is Aging a Disease? Alliance for Ageing Research and the American Association for the Advancement of Science. http://www.sagecrossroads.net/webcast11

[62] Une telle conception de la maladie comme ce qui enjoint à l'action est notamment défendue par le philosophe et médecin Tristram Engelhardt. Voir Engelhardt, « Health and disease concepts », in A. L. Caplan, H. T. Engelhardt, J. J. McCartney (eds), *Concepts of heath and disease*, *op. cit*.

[63] Sur tout cela, voir J. Y. Goffi dans ce volume.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Ainsi, ces différents éléments convergent en faveur d'une pathologisation du vieillissement. Pourtant, nous résistons généralement à une telle catégorisation. Mais quels sont les arguments permettant de défendre l'idée opposée d'une normalité du vieillissement ? Au terme de cette première partie, on peut remarquer que les approches philosophiques qui tendent à intégrer le vieillissement au domaine du pathologique reposent majoritairement sur des conceptions de la maladie que l'on classera plutôt dans l'école « normativiste » ; très schématiquement, est maladie ce qu'on dévalorise d'une part, et qu'on soigne ou peut soigner, ou qui requiert une intervention, d'autre part. Les conceptions « naturalistes » de la maladie, ou tout au moins celles qui intègrent des composants naturels et biologiques à sa définition, apportent-elles des éléments permettant d'argumenter en faveur d'un vieillissement normal ?

## Arguments naturalistes en faveur de la normalité du vieillissement

Pour défendre la normalité de la vieillesse ou du vieillissement, on fait généralement référence à la *naturalité* de cet âge de la vie ou de ce processus. Normal signifierait donc naturel. Le processus de sénescence, tout comme la mort auquel il conduirait, serait inscrit dans la vie, et même dans nos gènes[64]. Mais qu'entend-on précisément par « naturel » ? Universel et nécessaire ? Or, comme nous l'avons souligné précédemment, le processus de vieillissement pourrait bien perdre de son inéluctabilité à partir du moment où il deviendrait sujet à intervention ou pourrait même simplement être ralenti. C'est notamment ce qui se joue pour les organismes simples ou pour des parties de notre organisme. Par exemple, le traitement post-ménopause relève bien d'une forme de ralentissement du vieillissement. Par ailleurs, il y a une très grande variabilité dans la manière que chaque individu a de vieillir au point que la notion d'universalité pourrait aussi être questionnée. Cette grande variabilité existe en outre entre les espèces. Dès lors, parler de nécessité et d'universalité ne paraît pas suffire à préciser ce qu'on entend par naturel. Je propose d'examiner deux principales tentatives d'explicitation de cette naturalité à partir de l'analyse biologique : l'une renvoie à la biologie évolutionniste, l'autre à la physiologie.

[64] Sur les théories génétiques et moléculaires du vieillissement, voir F. Solari dans ce volume.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

### *Arguments évolutionnistes : vieillir a une fonction dans l'évolution*

L'une des premières tentatives d'explication biologique du vieillissement s'est fondée sur l'idée d'une fonction de ce dernier dans l'évolution biologique. Le vieillissement et la mort existeraient au niveau des individus car ils joueraient un rôle à un autre niveau dans l'histoire évolutionnaire : il faut que les individus meurent pour que l'espèce survive. C'est ce que défendit le biologiste et médecin allemand Auguste Weismann à la fin du 19e siècle en se situant dans une perspective darwinienne[65]. En effet, pour lui, la mort n'est pas une nécessité inhérente à la vie. La vie elle-même, en particulier les cellules germinales (à la différence des cellules somatiques) et les êtres unicellulaires, est potentiellement immortelle. La mort des organismes à laquelle conduit le vieillissement est ce qui permettrait le changement évolutif et la survenue de nouvelles adaptations dans des environnements changeants. Le vieillissement et la mort naturelle sont le moyen employé par l'espèce pour éliminer des individus qui, une fois qu'ils ont assuré leur fonction de reproduction, sont devenus inutiles. Vieillissement et mort ne sont donc pas nécessaires à la vie mais ils ont une fonction dans l'évolution, ils constituent une spécialisation adaptative.

Une telle vision des choses comprend l'évolution biologique par sélection naturelle comme bénéficiant directement à une espèce. Or on tend désormais à considérer que la sélection naturelle s'exerce simultanément à plusieurs niveaux d'organisation (gènes, génomes, organelles, cellules, organismes, espèces, etc.)[66]. De plus, aujourd'hui, les biologistes de l'évolution tendent à envisager le vieillissement non pas comme ayant une fonction au sein de l'évolution, mais plutôt comme un effet dérivé et donc secondaire des forces de sélection qui agissent sur le succès reproductif de la vie d'un organisme. Il s'agirait d'une sorte de « prix à payer » de l'énergie dépensée pour le succès de la reproduction[67]. Surtout, les théories biologiques du vieillissement

[65] A. Weismann, « La vie et la mort », dans *Essais sur l'hérédité et la sélection naturelle*, trad. Fr. H. de Varigny, Paris, Reinwald & Cie, 1892.

[66] Sur les théories « multi-niveaux » de la sélection naturelle, voir par exemple : P. Godfrey-Smith, *Darwinian Populations and Natural Selection*, Oxford, Oxford University Press, 2009.

[67] Sur les explications évolutionnistes du vieillissement, voir notamment Michael R. Rose, *Evolutionary Biology of Aging*, Oxford, Oxford University

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

sont aujourd'hui multiples (évolutionnistes, génétiques, neuro-endocriniennes, etc.), et l'on a davantage conscience de la nécessité de prendre en compte, dans les facteurs qui déterminent le processus de vieillissement, l'histoire individuelle, mais aussi le rôle de l'environnement naturel, social et culturel au cours de cette histoire[68].

### *Arguments statistiques et physiologiques : âges de la vie et normalité physiologique*

Du côté des positions naturalistes dans le débat philosophique sur les concepts de santé et de maladie, l'analyse la plus aboutie et la plus défendue, la théorie bio-statistique de Christopher Boorse, entend inclure la vieillesse et le vieillissement dans le concept théorique de santé identifié à la normalité médicale et physiologique. L'objectif de Boorse est de décrire le concept sous-jacent à la physiologie[69]. Pour lui, en physiologie, le normal est le naturel, c'est-à-dire le fonctionnement physiologique d'un organisme qui est conforme à son fonctionnement typique dans l'espèce à laquelle cet organisme appartient, ou ce qu'il appelle le *design* de l'espèce. Ainsi, parler de fonction physiologique, c'est nécessairement faire référence à une espèce donnée, et même à une subdivision particulière de cette espèce ou « classe de référence », c'est-à-dire qu'une fonction donnée est toujours relative à un groupe d'âge et de sexe déterminés. Le fonctionnement normal d'un organe ou d'un trait est ensuite déterminé à partir de la distribution statistique de son fonctionnement dans une classe de référence.

D'après Boorse, le physiologiste généralise statistiquement à partir de groupes d'individus jugés suffisamment homogènes pour ce qui l'intéresse dans l'organisme humain, c'est-à-dire sa survie et sa reproduction. Une classe de référence est donc une abstraction statistique réalisée à partir d'un échantillon de la population humaine. La différence sexuelle et la différence entre les âges de la vie (enfance, âge adulte, vieillesse) sont telles qu'elles conduisent à la constitution de subdivisions de l'espèce. Il reconnaît toutefois qu'il y a actuellement un flou sur la deuxième division entre l'âge adulte et la vieillesse dans

Press, 1991.

[68] Voir Solari dans ce volume.

[69] Notons que le naturalisme de Boorse est ici plutôt d'ordre méthodologique ou épistémologique, c'est-à-dire une analyse du concept telle qu'il est utilisé par ce qui est considéré comme la science naturelle sur laquelle se fonde la médecine.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

nos catégories médicales. Mais il la préconise, considérant que si la médecine ne la reconnaît pas, elle s'éloigne (à tort) de la physiologie. La vieillesse aurait donc ses propres normes de fonctionnement physiologique, déterminées à partir des niveaux de fonctionnement les plus fréquents dans cette classe d'âge. Par suite, si par exemple l'athérosclérose est statistiquement normale dans cette classe de référence, elle est donc considérée comme normale et saine. Et seules l'athérosclérose ou la sénilité *prématurées* sont alors pathologiques.

Cette conclusion à laquelle Boorse est conduit pour que vieillesse et vieillissement soient considérés comme physiologiquement normaux n'est pas sans soulever des difficultés. Peut-on vraiment considérer que l'athérosclérose, l'arthrite ou la démence sénile sont normales simplement parce que fréquentes dans cette classe de référence ?[70] Par ailleurs, sur quelle population et à quelle échelle de temps l'abstraction statistique de la classe de référence est-elle effectuée ? La classe de référence, déterminée donc par l'âge et le sexe (et peut-être la race) est-elle véritablement définie de manière purement empirique et non arbitraire ? Parmi les nombreuses critiques formulées contre sa théorie bio-statistique, plusieurs portent précisément sur ces points et il ne nous semble pas que Boorse leur ait apporté de réponse pleinement satisfaisante[71]. On a en outre critiqué l'insuffisante prise en compte de l'hétérogénéité du vivant : la notion même de *design* de l'espèce, une uniformité fonctionnelle, serait contradictoire avec la biologie contemporaine qui insiste sur la diversité et l'hétérogénéité du vivant[72]. Notons que cette hétérogénéité est, sur le plan physiologique, particulièrement importante dans la classe de référence des personnes âgées : certains individus vieillissent beaucoup mieux que d'autres et la variabilité en termes de niveau de santé apparaît accentuée par rapport aux autres classes d'âge.

---

[70] Voir pour cette critique Peter Schwartz dans « Defining Dysfunction : Natural Selection, Design, and Drawing a Line », *Philosophy of Science*, 2007, 74, 364-385.

[71] Pour le caractère arbitraire de la définition de la classe de référence, voir notamment É. Giroux, « Définir objectivement la santé : une évaluation du concept bio-statistique de Boorse à partir de l'épidémiologie moderne », *Revue Philosophique*, 2009, 1, 35-58. Pour une synthèse des critiques de la théorie de Boorse, voir É. Giroux, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, *op. cit.*, 93-109.

[72] Voir par exemple R. Amundson, « Against Normal Function », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2000, 31, 33-53.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Ainsi, en faisant dépendre les normes de santé des âges de la vie par le biais de la relativisation du *design* fonctionnel à des classes de référence, il n'est pas sûr que Boorse parvienne à donner un fondement purement biologique à la normalité physiologique. Au mieux, il met en évidence un implicite de la physiologie. Aussi semble-t-il difficile de davantage fonder et justifier cette intuition que le sens commun partagerait donc avec la physiologie et qui articule étroitement normes de santé et âges de la vie[73]. La nécessité de la mort et du vieillissement renverrait essentiellement et avant tout à une forme de sagesse physiologique ou, pour reprendre l'expression d'Anne Fagot-Largeault, une « sagesse médicale »[74].

## Par delà le normal et le pathologique ?

Face d'une part à nos résistances pour considérer que vieillir est une maladie, et d'autre part, au caractère insatisfaisant des arguments naturalistes pour fonder une distinction entre normal et pathologique, c'est peut-être le dualisme de nos catégories de normal et de pathologique conçues comme des contraires qui est alors à reconsidérer. Diverses notions ont fait leur apparition dans le champ de la gériatrie. Nous voudrions examiner dans cette dernière partie si, et dans ce cas en quelle mesure, ces propositions constituent une alternative pertinente au dualisme normal-pathologique permettant une meilleure appréhension de la question du statut du vieillissement.

### *Réussi et usuel, pathologique et handicapant [impaired]*

Une première stratégie possible a consisté à dédoubler nos catégories de normal et de pathologique, et en particulier, à

[73] Nous l'avons vu, c'est aussi sur cette intuition que s'appuie Canguilhem pour se défendre contre l'objection selon laquelle sa définition conduirait à assimiler vieillesse et maladie : puisque la vieillesse est un stade normal de la vie, c'est par rapport à ce stade que la différence entre vieillissement normal et pathologique fait sens (voir citation plus haut).

[74] Anne Fagot-Largeault, *Les causes de la mort, histoire naturelle et facteurs de risque*, Paris, Vrin, 1989, 10. Plus globalement sur la question de la nécessité logique, métaphysique et physique de la mort naturelle, et par conséquent du vieillissement, on lira avec intérêt les pages 10-14 et sur le rapport entre vieillesse et mort, 106-111.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

ajouter une distinction conceptuelle à l'intérieur de la catégorie de normal entre l'usuel et le réussi. En effet, à cause de la très grande hétérogénéité des niveaux de fonctionnement physiologique à l'intérieur de cette classe d'âge, il est particulièrement problématique de s'en tenir à la normalité au sens statistique pour déterminer la normalité physiologique. Cette hétérogénéité s'explique par le fait que, outre le processus intrinsèque, il y a des facteurs extrinsèques, environnementaux et comportementaux (alimentation, modes de vie), qui interviennent et qui peuvent considérablement accélérer le phénomène de vieillissement. Où situer dès lors la normalité à partir du moment où il faut prendre en compte l'environnement ? Si dans le contexte de nos sociétés modernes des facteurs extrinsèques accélèrent ce processus pour la plupart d'entre nous, est-il pour autant pertinent de considérer cela comme normal ?

C'est ainsi que la notion de « vieillissement normal » a été critiquée par John Rowe et Robert Kahn dans un article publié en 1987[75]. À leurs yeux, cette notion conduit à sous-estimer le rôle des facteurs extrinsèques et apparaît ainsi d'autant plus associée aux notions d'inéluctabilité et de fatalité : en négligeant le rôle de ces facteurs, on se prive de la possibilité d'agir et d'intervenir de manière préventive pour réduire leurs effets sur le vieillissement. Il convient donc de faire place à la notion de « vieillissement réussi », vieillissement dans lequel on parvient à neutraliser ou à rendre positif le rôle des facteurs extrinsèques sur le processus interne. D'ailleurs, il y a bien des individus, même si ce n'est pas le cas le plus fréquent aujourd'hui, qui vieillissent bien, c'est-à-dire qui n'ont qu'une faible probabilité de contracter des maladies et des incapacités découlant de maladies, et qui conservent une capacité cognitive et fonctionnelle d'un niveau élevé et une forte implication dans la vie. *A contrario*, ils appellent « vieillissement usuel » celui dans lequel les facteurs extrinsèques renforcent les effets du vieillissement intrinsèque. Pour Rowe et Kahn, les recherches en gérontologie et en gériatrie devraient se concentrer sur la compréhension des transitions, aussi bien de celles qui conduisent à des pertes de fonction que de celles qui représentent un potentiel d'amélioration. À la transition au sein de la normalité (du réussi vers l'usuel), il convient d'ajouter, au sein du pathologique, celle qui conduit de la maladie vers le handicap.

[75] J. W. Rowe and R. L. Kahn, « Human Aging: Usual and Succesful », *Science*, 1987, 237, 4811, 143-149.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Toutefois, si tout au long de notre précédente partie, la notion de normalité est apparue particulièrement ambiguë, choisir de la remplacer par la distinction entre l'usuel et le réussi ne nous paraît pas satisfaisant. D'une part, l'idée de « réussir sa vieillesse » rejoint bien nos représentations culturelles et sociales contemporaines qui dévalorisent la vieillesse, comme une sorte de contrepoint ou de revanche face à cette vieillesse-déclin[76]. Un des effets possibles de cette idée est de contribuer à faire porter aux individus la responsabilité des formes prises par leur vieillissement. D'autre part, l'alternative ici proposée pour la notion de normalité revient en réalité à un dédoublement de cette dernière en ses deux sens – idéal (réussi) et statistique (usuel) ou, autrement dit, normatif et descriptif – que Canguilhem avait bien montrés étroitement mêlés.

### *Dépendance*

La notion de dépendance se serait progressivement imposée à partir des années 1970 pour qualifier l'état de la personne âgée qui ne peut accomplir seule les activités de la vie courante. Elle se serait ainsi substituée aux termes de « grabataire » et d'« invalide ». La dépendance est officiellement définie dans un dictionnaire des personnes âgées de la retraite et du vieillissement publié en 1984 comme « la situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le secours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. »[77]. Puis, l'usage de cette notion s'est étendu au domaine politique et juridique.

En réalité, cette notion s'ajouterait à celle de handicap ; l'âge deviendrait un critère important pour distinguer un handicap d'une dépendance. Toutefois, s'inscrivant aussi dans la continuité de la notion de handicap, la dépendance est fortement teintée par celle de pathologie. Des critiques jugent que sa définition est trop centrée sur les fonctions biologiques et néglige les aspects économiques et sociaux qui devraient pourtant être associés à l'idée même de

[76] Voir aussi les critiques de cette notion dans l'article de Sarah Carvallo dans ce volume.

[77] Commission ministérielle de terminologie auprès du Secrétaire d'État chargé des personnes âgées, *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Paris, Franterm - Nathan, 1984, 38.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

dépendance. En outre, si au départ, il y a bien une distinction entre personnes dépendantes et personnes malades, et que l'on tend à identifier la dépendance à un risque normal de la vie, l'évolution contemporaine conduirait à interpréter la dépendance à partir de sa causalité organique, et ainsi, comme une déficience pathologique. Pour le sociologue Bernard Ennuyer, cette notion a en réalité entériné la pathologisation de la vieillesse et la mise à l'écart de l'interrogation concernant ses effets en termes de désavantage social[78]. Ce terme serait finalement utilisé comme une déclinaison du pathologique, une manière de nommer les conséquences des maladies chez la personne âgée et de catégoriser les personnes âgées les plus affectées.

### *Fragilité*

Au terme de « dépendance », les anglo-saxons ont préféré celui de « *disability* », puis ils ont qualifié de « *frail elderly* » les personnes âgées ayant des difficultés fonctionnelles. Ceci a conduit à l'introduction du concept de fragilité (*frailty*). En France, depuis les années 1980, cette notion de fragilité se fait progressivement une place en gériatrie. Elle désignerait la réduction des réserves et capacités adaptatives au sein de divers systèmes physiologiques et psychologiques de l'individu. Elle permettrait d'identifier, parmi les « normaux », les individus les plus à risque de maladie et, ainsi, d'agir de manière préventive vis-à-vis des accidents souvent brutaux et irréversibles chez la personne âgée. L'un de ces buts serait en effet d'attirer l'attention sur ces personnes âgées qui ont des besoins spécifiques. Les « fragiles » deviendraient alors la sous-population cible de la gériatrie en termes de prévention, de dépistage, d'action précoce et de suivi.

Notons que la notion de fragilité a une grande proximité avec celle de risque de maladie et qu'elle s'inscrit dans la suite logique de cette dernière. L'approche de la maladie à partir de ses risques et facteurs de risque a précisément vu le jour au milieu du vingtième siècle dans le contexte des études épidémiologiques des maladies dites associées à l'âge, les maladies chroniques dégénératives comme les maladies cardiovasculaires et les cancers. Puis une médecine préventive des risques s'est progressivement déployée à partir des années 1970-

[78] B. Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 2004.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

1980 avec notamment le traitement de facteurs de risque comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie[79]. Or, tout comme les notions de risque et de facteurs de risque[80], la notion de fragilité semble s'être développée dans une relation ambiguë et complexe avec celles de normal et de pathologique : constitue-t-elle un troisième terme qui permet de dépasser une dichotomie réductrice, ou contribue-t-elle à élargir le champ du pathologique du côté des malades potentiels ?

Une première difficulté de cette notion est liée au fait qu'elle ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une définition rigoureusement consensuelle : on trouve de multiples définitions et elle reste un concept controversé[81]. Alors que le terme semble *a priori* caractériser une disposition (une probabilité ou un risque), on la trouve parfois définie comme un état, celui qui résulte d'une réduction des capacités de réserve[82]. Ensuite, sa prétention et sa visée ne sont pas bien explicites. Pour certains, il semble que cette notion permettrait de définir et caractériser la grande vieillesse en général, c'est-à-dire la vieillesse normale. Si la sénescence est entendue comme la « baisse progressive des capacités fonctionnelles et d'adaptation d'un organisme »[83], on peut considérer que la fragilité en désignerait les effets, ou tout au moins, les implications pratiques et fonctionnelles. C'est notamment ce que défendent Christian Lalive d'Epinay et Dario Spini pour lesquels la fragilité est l'attribut du grand âge, « la face complémentaire de celle de la sénescence »[84]. Pour d'autres, la notion de fragilité se substituerait au concept de pathologie en gériatrie, la dotant ainsi d'un objet propre : non pas les *maladies* des personnes âgées qui sont aussi bien la cible d'autres spécialités

[79] É. Giroux, *Épidémiologie des facteurs de risque*, Thèse de doctorat de philosophie, 2006.

[80] É. Giroux, « Les facteurs de risque et le problème de la démarcation entre le normal et le pathologique : une analyse épistémologique », *La Revue de médecine interne*, 2010, 31, 651-654.

[81] C. Dourlens, « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé. Le cas des personnes âgées », *Alter, European Journal of Disability Research*, 2008, 2, 156-178. Pour un point sur ce concept et les travaux qui lui sont liés, voir D. Spini, P. Quisletta, E. Guilley, C. Lalive d'Epinay, « Frail elderly », in J. Birren (ed.) *Encyclopedia of Gerontology* (2e edition), San Diego, Elsevier, Academic Press, 2007, 572-579.

[82] Définition de Campbell et Buchner dans C. Dourlens, « Les usages de la fragilité », art.cit., 162.

[83] C. de Jaeger, Article « Vieillesse » dans D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, P.U.F., 1195.

[84] C. Lalive d'Epinay et D. Spini, « Le grand âge », *art. cit.*, 46.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

médicales correspondantes, mais la *fragilité* de ces personnes[85]. C'est ce que proposent Daniel Dreuil et Dominique Boury tout en maintenant une distinction entre pathologie et maladie[86]. Ce concept permettrait en outre d'orienter la gériatrie vers une attitude plus préventive.

Aussi semble-t-il que dans la présentation et la promotion de cette notion, on tende davantage à osciller entre une association de fragile à normal d'un côté, ou à pathologique de l'autre, plutôt qu'à proposer un troisième terme qui constituerait une transition entre normal et pathologique et inviterait à penser autrement leur relation. C'est certainement le signe qu'il nous est difficile de nous départir de ces dernières notions et de leur relation dualiste qui facilite la décision (prise en charge/non prise en charge). De plus, la gériatrie cherche aussi à négocier son positionnement comme spécialité au sein de la médecine, ce qui implique qu'elle veille à ne pas être trop déportée vers une mission jugée plus sociale que médicale. Ainsi, ce concept apparaît davantage comme une solution pour la gériatrie, la dotant d'un objet propre et lui permettant de s'orienter davantage vers la prévention, qu'une véritable solution au problème du statut pathologique du vieillissement.

## Conclusion

L'examen de la question du statut de la vieillesse et du vieillissement met en évidence que la réponse dépend fortement des concepts de normal et de pathologique utilisés et retenus. Or les définitions sont multiples, et l'examen réalisé invite à penser qu'il est difficile de dégager un concept unique et générique du pathologique. Il est par ailleurs apparu qu'il convient de distinguer vieillesse et vieillissement : si la vieillesse comme âge de la vie n'est peut-être pas assimilable comme telle à une maladie, la question est plus complexe pour ce qui concerne le processus même de vieillissement. Avec ce processus, la distinction médicale traditionnelle entre le normal et le pathologique se révèle insuffisante, et même inadaptée.

Le problème ici rencontré s'apparente à celui auquel on est aussi

[85] Voir C. Dourlens, « Les usages de la fragilité », *art. cit.*

[86] D. Dreuil, D. Boury, « Autour du vieillissement: le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem », *Ethique et santé*, 2010, 7, 36-41.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

souvent confronté dans le cas des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, et plus généralement, de tous les *processus* dont l'évolution est lente et progressive. Notre conception traditionnelle de la distinction normal-pathologique a d'abord été utilisée pour rendre compte principalement d'états pathologiques aigus de l'adulte, des maladies transitoires dont on peut généralement bien identifier et délimiter le début et la fin. Or elle se révèle limitée pour appréhender les maladies chroniques et encore plus, les maladies chroniques des personnes âgées.

Dans ce contexte, il peut alors sembler nécessaire de nuancer notre conceptualisation dualiste et dichotomique et d'adopter une représentation continuiste des relations entre normal et pathologique qui fasse place à une zone intermédiaire. C'est ce que pourrait permettre le concept de fragilité en gériatrie. Mais cela ne résoudra pas la question des frontières entre fragile et normal d'un côté et fragile et pathologique de l'autre. Ces frontières demeurent alors floues et difficiles à tracer, même au niveau de l'individu. Elles restent pourtant nécessaires pour toute décision d'action préventive comme thérapeutique, quel que soit le niveau d'intervention, individuel ou populationnel.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# L'éternité devant nous

*Jean-Yves Goffi*
*Philosophe*
*Grenoble II*

Un spectre hante le monde : celui du transhumanisme. Même si le tumulte de la querelle n'a guère atteint notre provincial hexagone, il n'en reste pas moins qu'un clivage extrêmement net s'est instauré autour des objectifs, des thèses et des présupposés de celles et de ceux qui se réclament de ce mouvement. Pour en donner une idée, il suffit de noter que le politologue Francis Fukuyama a dit de l'idéologie transhumaniste qu'elle était la plus dangereuse du monde[87] ; à quoi Julian Savulescu, un bioéthicien qui se situe dans la mouvance, a répliqué par une conférence prononcée au premier Festival des Idées Dangereuses qui s'est tenu à l'Opéra de Sydney en octobre 2009. Cette conférence réaffirmait une des thèse favorite du mouvement : « une humanité qui ne (se) serait pas génétiquement améliorée risquerait l'extinction »[88]. Les thèses des transhumanistes sont peut-être dangereuses ; elles sont certainement radicales. Elles se situent, à tout le moins, aux marges d'un débat original qui oppose les partisans de la médecine d'amélioration de l'être humain et les bioconservateurs. Le propos des bioconservateurs est assez connu ; celui des transhumanistes l'est moins. Je me propose, dans un premier temps, d'indiquer en quoi ces thèses consistent, si tant est qu'on puisse dégager une unité les affirmations divergentes, pour ne pas dire hétéroclites d'individus souvent en désaccord les uns avec les autres. Ensuite, je montrerai comment elles affectent notre regard sur la vieillesse et la mort : comme tous les états et les processus que l'on identifie comme des « vulnérabilités », elles constituent, pour les transhumanistes, à la fois un objet de scandale et un mal évitable. Je conclurai en faisant apparaître les présupposés et les limites de la perspective transhumaniste.

[87] *Foreign Policy* , 1 septembre 2004 : http://www.foreignpolicy.com/articles/2004/09/01/transhumanism
[88] http://ieet.org/index.php/IEET/more/savulescu20091116/

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

## Bioconservateurs et transhumanistes

Le terme « bioconservateur » est polémique : il a été inventé et mis en circulation précisément par les transhumanistes et par leurs compagnons de route. Par ailleurs, des polarités telles que « progressistes-réactionnaires » ou encore « de gauche-de droite » sont plus familières aux Français que celle qui oppose les radicaux aux conservateurs ; pourtant, elles ne se recoupent que partiellement. Il est donc nécessaire de clarifier les choses[89]. Un ouvrage de Russell Kirk propose une caractérisation de l'esprit conservateur qui est restée classique[90]. Cet auteur construit une sorte de type-idéal :

1 - Contre le relativisme des valeurs, les conservateurs croient en un ordre transcendant ou en un corps de lois naturelles qui ont autorité aussi bien sur les consciences que sur la société en général.

2 - Contre l'égalitarisme, l'utilitarisme et le désir d'uniformité, les conservateurs sont attachés à la diversité surabondante et au mystère de l'existence humaine.

3 - Contre l'utopie d'une société sans classes, les conservateurs sont convaincus qu'une société civilisée exige des ordres reposant sur des différences fondées en nature. L'égalité devant la loi est un présupposé de la civilisation, pas l'égalité des conditions.

4 - Les conservateurs sont convaincus qu'il existe une corrélation étroite entre la liberté et la propriété.

5 - Ils se méfient de l'ambition constructiviste partagée par les économistes et par les théoriciens de la société qui pensent que l'on peut façonner celle-ci selon un dessein préconçu.

6 - Ils refusent d'assimiler innovation et progrès : le changement n'apporte pas automatiquement d'améliorations.

---

[89] Je m'inspire ici, en partie, de la méthodologie adoptée par Allen Buchanan au chap. 3 de son ouvrage, *Beyond humanity*, Oxford, Oxford University Press, 2011.

[90] R. Kirk, *The Conservative Mind. From Burke to Eliot*, Washington, Regnery, 2001 [1953]. Cet ouvrage appartient plutôt au genre "Histoire des idées" qu'au genre "Histoire de la Philosophie" ; le conservatisme y est opposé tantôt à l'innovation, tantôt au radicalisme, tantôt au libéralisme.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Bien entendu, le contenu propre de cette analyse interdit de l'appliquer tel quel aux questions de bioéthique. D'ailleurs, les intentions de R. Kirk et le contexte de publication de son ouvrage sont très particuliers : ce serait faire violence au texte et commettre un anachronisme que de procéder de la sorte. Il est toutefois possible, sans grand risque de se tromper, de transposer certaines de ses conclusions à une situation, je le répète, extrêmement différente. L'idée est la suivante : les bioconservateurs considèrent, au total, que l'organisme ou la condition biologique des êtres humains manifestent une dimension normative, tout comme R. Kirk parlait d'un « arrangement prescriptif de la société »[91]. Dans ces conditions, leur posture se comprend comme suit : de façon générale, ils parlent des biotechnologies et de leurs effets, réels ou supposés, comme les conservateurs décrits par R. Kirk parlaient des théories et des pratiques de leurs adversaires radicaux. Ils pensent, en effet, que ces biotechnologies sont susceptibles de défaire « l'arrangement prescriptif » dont l'organisme est porteur. Mais ils vont se différencier les uns des autres en ce qu'ils mettront l'accent sur tel ou tel aspect du rapport « naturel » ou du rapport biotechnologique à l'organisme. Certains, par exemple[92], soulignent que l'organisme présente spontanément une tendance à l'accomplissement de fonctions ou au maintien de sa propre intégrité : ils estimeront alors que la seule intervention indiscutablement légitime sur celui-ci est d'ordre thérapeutique. Lorsque l'intégrité de l'organisme est menacée, lorsque l'accomplissement de ses fonctions naturelles est perturbé par la maladie, alors l'art médical est en droit d'agir. Mais tout ce qui va au-delà de ce type d'intervention est, sinon radicalement illégitime, du moins problématique : la charge de la preuve incombe donc à ceux qui se proposent de faire plus. D'autres[93] élargissent la perspective et voient dans les possibilités ouvertes par les biotechnologies, spécialement le génie génétique, une menace contre la condition de l'homme comme animal politique : ils considèrent que nos conceptions égalitaires des

[91] R. Kirk, *The Conservative Mind. From Burke to Eliot*, *op.cit*., 9.

[92] H. Jonas, « Ärztliche Kunst und menschliche Verantwortung » Chap. 7 de *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt/ Main, Insel Verlag, 1985 ; L.R. Kass, « The End of Medicine and the Pursuit of Health », chap. 8 de *Towards a More Natural Science. Biology and Human Affairs*, New York, The Free Press, 1985 ; E. Pellegrino, « The Internal morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001, 26, 6, 559-579.

[93] F. Fukuyama, *Our Posthuman Future. Consequences of the Biotechnology Revolution*, Londres, Profile Books, 2003 [2002] ; J. Habermas, *L'Avenir de la nature humaine,* tr. Christian Bouchindhomme, Paris, Gallimard (Essais), 2002 [2001].

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

droits et de la justice reposent sur le fait que les traits, les talents et les dispositions désirables sont distribués de façon aléatoire. Le caractère aléatoire d'une telle distribution dépend lui-même d'une dotation génétique aléatoire. Il ne s'agit pas, pour autant d'adhérer à une forme quelconque de déterminisme génétique : ces traits désirables sont plutôt considérés comme l'expression du génome individuel que comme des effets de processus causals ; le point est alors que ce caractère aléatoire serait compromis par la « fabrication d'enfants sur mesure » dont les géniteurs auraient sélectionné les « bons gènes ». D'autres encore[94] voient dans les usages non-thérapeutiques du génie génétique la manifestation d'une forme d'arrogance qui constitue une menace pour certaines vertus comme l'humilité, le sens de la responsabilité et de la solidarité : ils constituent un outrage à l'éthique du donné (*the ethic of giftedness*) selon laquelle c'est une bonne chose que les êtres humains ne puissent pas exercer un contrôle total sur ce qui, en eux et hors d'eux, relève de circonstances qu'il n'est pas, normalement, en leur pouvoir de modifier. D'autres enfin[95] voient dans la recherche d'une santé parfaite ou d'une amélioration génétique de l'humanité une dangereuse (et coûteuse !) illusion, inspirée en dernière analyse par une attitude impérialiste de domination de la nature. Ils prônent, au rebours, une éthique de la modération satisfaite d'une longévité et d'un état de santé déjà « bien assez bons comme ça ».

Avec les bioconservateurs, on a donc affaire à des analyses très diverses : certaines s'inscrivent, certes, dans une perspective religieuse ; mais d'autres mettent en œuvre des catégories biologiques d'inspiration aristotélicienne ; d'autres enfin prennent acte de la révolution politique de la modernité pour adopter une posture critique à l'endroit de la révolution biotechnologique. Il y a là de multiples nuances et ces auteurs mériteraient bien une étude d'ensemble. Mais il est d'autant moins question de la mener ici que les transhumanistes ne s'y intéressent en aucune façon et réduisent leurs adversaires à leur plus petit dénominateur commun. Pour eux, être un bioconservateur c'est, selon la formule d'Abraham Lincoln dans son discours à la Cooper Union, « adhérer à ce qui est ancien et éprouvé et non à ce qui

[94] M.J. Sandel, *The Case against Perfection. Ethics in the Age of Genetic Engineering*, Cambridge (MA) & Londres, Belknap Press of Harvard University Press, 2007.
[95] D. Callahan, False Hopes, *Why America's Quest for Perfect Health is a Recipe for Failure*, New York, Simon & Schuster, 1998 ; B. McKibben, *Enough. Genetic Engineering and the End of Human Nature*, Londres, Bloomsbury Publishing, 2004 [2003, titre différent].

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

est nouveau et n'a pas été éprouvé »[96]. Aux yeux de leurs adversaires transhumanistes, les bioconservateurs adhèrent donc à la constitution biologique présente de l'être humain au motif qu'elle a été éprouvée. Mais éprouvée comment et par qui ?

Un texte du transhumaniste Max More[97] est parfaitement explicite à ce propos. Comme son titre l'indique, il prend la forme d'une lettre à « Mère Nature ». M. More s'y fait le porte-parole d'une humanité qui a toutes sortes de griefs à faire valoir à l'encontre de celle qui l'a engendrée. Il est vrai que « Mère Nature » a fait des êtres humains les maîtres de la planète ; qu'elle les a pourvus d'une longévité enviable ; qu'elle les a dotés d'un cerveau complexe et leur a donné la capacité de parler, de raisonner, de prévoir, de créer ainsi que la curiosité sans laquelle tous ces dons seraient peu de chose. Elle leur a octroyé, en outre, la capacité de se comprendre eux-mêmes et de faire preuve d'empathie envers les autres. En tout cela, elle a brillamment réussi. Mais, par ailleurs, elle a lamentablement échoué. Les hommes sont sujets aux maladies, au vieillissement et à la mort. Leur conscience des processus somatiques, cognitifs et émotionnels qui se déroulent en eux est très limitée. Leurs sens sont bien inférieurs à ceux de beaucoup d'autres animaux. Les êtres humains ne sont fonctionnels que dans des conditions environnementales étroitement limitées. Leur mémoire est fragile. Ils ne contrôlent que très imparfaitement leurs instinct tribaux et xénophobes. Ce « bilan » de la grandeur et de la petitesse de la condition biologique des êtres humains constitue un *topos* de la littérature ancienne et humaniste. De façon générale, l'inventaire des faiblesses est destiné à mettre en valeur une faculté (l'intelligence, la pensée) ou un agent (la providence) ou une puissance (la capacité à se

[96] Le *Cooper Union for the Advancement of Science and Art* est un *College* fondé en 1859 par l'entrepreneur et philanthrope Peter Cooper ; le discours prononcé le 21 février 1860 par A. Lincoln n'est pas "conservateur" au sens usuel du terme puisque le futur Président y soutient la thèse selon laquelle la Constitution américaine donne au Gouvernement Fédéral le droit de réglementer l'esclavage dans les États de l'Union.

[97] http://www.maxmore.com/mother.htm. Consulté le 08 janvier 2011. Le texte lui-même est de 1999. Max More, de son vrai nom Max T. O'Connor est né en Angleterre en 1964 Après des études (Philosophie, Sciences Politiques, Économie) à l'Université d'Oxford, il a émigré aux USA. Docteur de la *Southern California University*, il a fondé l'*Extropy Institute* au début des années 90. Il défendait alors une version du transhumanisme inspirée des thèses libertariennes. L'*Extropy Institute* a cessé ses activités en 2006. Max More prône maintenant une version moins individualiste de transhumanisme.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

déterminer soi-même à être ce que l'on souhaite devenir) qui mettent l'Homme à part des autres êtres. Mais M. More va infléchir cette rhétorique en un sens très particulier. Pour lui, ce statut ambigu indique – on notera comme la métaphore de la fabrication prend le pas sur celle de l'engendrement – que les êtres humains n'ont pas accès à leur propre mode d'emploi. En conséquence, il propose sept amendements qui sont, en réalité, autant de proclamations d'émancipation : il s'agit de signifier à « Mère Nature » que l'humanité est sortie de l'enfance et qu'elle a bien l'intention de prendre en mains sa propre destinée. Ces amendements s'énoncent ainsi :

1- la tyrannie de la mort et du vieillissement ne sera plus tolérée. Chacun décidera en toute souveraineté du temps pendant lequel il vivra.

2 - Les êtres humains développeront leurs capacités perceptives ; ils s'efforceront d'aller au-delà de ce qui est accessible aux êtres vivants et de créer des sens nouveaux pour mieux apprécier et comprendre le monde qui les environne.

3 - Ils amélioreront leur mémoire et augmenteront leur intelligence.

4 - Ils se rendront capables de moduler leur intelligence et d'augmenter le niveau de la conscience qu'ils ont d'eux-mêmes.

5 - Ils remédieront à tous les défauts individuels et spécifiques hérités de l'évolution par la sélection naturelle. Ils reconfigureront la forme et les fonctions de leur corps, de façon à aller au-delà des capacités intellectuelles et physiques qui furent celles de l'humanité au cours de l'histoire.

6 - Ils agiront sur leurs émotions de telle sorte que des réactions irrationnelles à des projets rationnels d'autocorrection ne soient plus possibles.

7 - Ils s'incorporeront de façon toujours plus fine leurs propres technologies, même si cela signifie qu'ils ne seront plus des organismes purement biologiques.

Les moyens leur permettant de s'affranchir des limitations biologiques inscrites en eux par l'évolution naturelle sont, dans

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

cette perspective, purement techniques : ce que la nature a fait par une série immémoriale de tâtonnements aveugles, la technologie peut le défaire et l'améliorer en toute lucidité. Mais, bien entendu, des êtres reconstruits de façon aussi radicale ne seront plus des êtres humains : ils seront des posthumains, libérés d'un héritage biologique asservissant et dotés de toutes sortes de nouvelles capacités inédites.

On voit donc ce que signifie, chez les transhumanistes, l'accusation de bioconservatisme : de même que les conservateurs en politique sont irrationnellement attachés à une organisation sociale très imparfaite, de même les bioconservateurs sont irrationnellement attachés à une condition biologique plutôt bâclée et qui pourrait être considérablement améliorée à condition d'avoir l'audace de mettre en œuvre les puissants moyens que la technologie met à notre disposition.

## En finir avec le vieillissement et avec la vieillesse

Le premier amendement de M. More porte sur la tyrannie de la mort et du vieillissement, ce qui n'a rien d'étonnant : des êtres humains qui ne vieilliraient pas ou qui ne mourraient pas auraient, en effet, des capacités posthumaines. Ceci étant, il n'est que trop tentant d'opposer deux façons de se représenter la vieillesse (et la mort qui en est le terme).

L'Antiquité nous aurait légué une sagesse selon laquelle il existe des âges de la vie inscrits dans la nature des choses : enfance (*pueritia*), jeunesse (*adulescentia*), âge viril (*aetas* ou *media aetas*), vieillesse (*senectus*)[98]. L. Kass pense exprimer la quintessence de cette sagesse en parlant du cycle de la vie humaine, scandé par l'ascension et par le déclin, une trajectoire qui permet à chaque génération de s'effacer devant celle qui la suit[99]. La vieillesse constituerait alors le moment du retrait des affaires de la cité, du retour à soi et du bilan ; elle permettrait aussi aux personnes âgées de faire part de leur expérience aux jeunes qui vont devenir actifs à leur tour. La scène inaugurale de la *République* de Platon est, à cet égard, exemplaire. Libéré de la folie sauvage et de la tyrannie du désir, le vieux Céphale voit naître en lui un immense sentiment de paix et de libération : il accède, en un mot, à

[98] Ciceron, *De la vieillesse*, XX, 76.

[99] L. Kass, « Ageless Bodies, Happy souls: Biotechnology and the Pursuit of Perfection », *The New Atlantis*, 2003, I; 9-28.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

la sérénité. C'est pourquoi il laisse volontiers la parole en héritage à de jeunes jouteurs, désireux d'argumenter de façon serrée et poussés par l'ambition agonistique d'établir la vérité. Semblablement, le Sénèque des *Lettres à Lucilius* qui définit la vieillesse comme « l'âge lassé mais non brisé »[100] se réjouit de la douceur d'avoir fatigué ses désirs et de les avoir laissés derrière soi[101]. De la sorte, retiré des hommes et des affaires, y compris de ses propres affaires, il peut travailler à donner une leçon de vie à la postérité[102].

Les modernes, au contraire, se caractériseraient par leur activisme, foncièrement dirigé contre le vieillissement et contre la mort. Ainsi, Bacon qui s'est donné la peine d'écrire un *De Vijs Mortis, et de Senectute Retardanda, atque Instaurandis Viribus*[103] et qui assigne comme fin pratique à la Maison de Salomon de « reculer les bornes de l'Empire Humain en vue de réaliser toutes les choses possibles »[104], détermine un programme qui comporte les instructions suivantes :

> « Prolonger la vie.
> Rendre, à quelque degré la jeunesse.
> Retarder le vieillissement »[105].

De son côté, Descartes estime que s'il est possible de trouver quelque moyen de rendre les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. Mais il s'agit d'une médecine encore à venir (dont il sera, on s'en doute, le promoteur) ; d'une médecine bien mieux au fait des rapports entre le corps et l'esprit et de la disposition des organes du corps que celle qui est en usage à son époque ; d'une médecine dont on pourra espérer qu'elle exempte les hommes d'une infinité de maladies du corps et de l'esprit et « même peut-être aussi de l'affaiblissement de la

---

100 « Senectus lassae aetatis, non fractae nomen est », Sénèque, *Lettres à Lucilius*, XXVI, 1.

101 Sénèque, *ibid*, XII, 5.

102 Sénèque, *ibid*, VIII, 2.

103 F. Bacon, *Des Moyens de mourir, de retarder la vieillesse et de restaurer les forces vitales* ; découvert en 1980, publié pour la première fois en 1984, cet essai a pu être écrit entre 1611 et 1619. Tr fr. par C. Surprenant, *Sur le prolongement de la vie et les moyens de mourir*, Paris, Payot & Rivages, 2002.

104 F. Bacon, *La Nouvelle Atlantide*, Paris, Payot, 1983, 72.

105 F. Bacon, *La Nouvelle Atlantide*, *op.cit*., 86. Il s'agit de l'extrait d'un texte intitulé : « Les Merveilles naturelles, surtout celles qui servent à l'homme ». Ce texte est traditionnellement donné avec celui de la *Nouvelle Atlantide*.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vieillesse »[106]. Condorcet, enfin, estime que les progrès de la médecine, tant conservatrice que préservatrice, joints aux effets de l'éducation et accompagnés d'une meilleure organisation sociale permettront l'avènement d'un « temps où la mort ne serait plus que l'effet, ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales »[107].

L'opposition entre des Modernes qui s'opposent à une condition jugée déplorable ou, à tout le moins, insatisfaisante et des Anciens qui ne veulent pas « renouveler la révolte des Titans »[108] en luttant contre la nature, a quelque chose de séduisant : elle satisfait un certain goût pour la symétrie et les oppositions nettement dessinées. Et, de fait, elle est revendiquée aussi bien par les transhumanistes que par les bioconservateurs[109] : les premiers se réclament de l'optimisme technologique qu'ils prêtent (généreusement) aux Modernes ; les seconds rejoignent les Anciens dans leur méfiance (supposée) à l'endroit d'un projet potentiellement démesuré d'instauration du *regnum hominis*. Mais elle a tout de l'image d'Épinal et elle dépend sans doute d'une trop grande révérence accordée à des textes philosophiques accompagnée d'une certaine méconnaissance du contexte culturel de leur élaboration. Il est caractéristique, par exemple, que les nobles vieillards de la tradition soient précisément des vieillards : le vieillissement et la vieillesse au féminin semblent n'être envisagés que de façon cursive, satirique ou superficielle. Quant à la notion d'« âge de la vie », elle est – comme tout ce que l'on suppose fondé en nature – socialement et culturellement construite[110]. Il s'agit là de questions passionnantes, mais je les laisserai de côté. Car le point est que selon la « sagesse des Anciens », qui est en fait la sagesse commune, le vieillissement est normal et non pathologique. La vieillesse, en effet, appartient à la condition biologique de l'être humain. Elle s'accompagne de maladies spécifiques, mais elle n'est

[106] Descartes, *Discours de la Méthode*, Paris, Vrin, 1987, 62.

[107] Condorcet, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Paris, GF-Flammarion, 1988, 294.

[108] Cicéron, *De la vieillesse*, II, 5.

[109] On peut se référer au texte de N. Bostrom, « A History of Transhumanist Thought », dans lequel il prétend retracer les antécédents de la pensée transhumaniste ( http://www.nickbostrom.com/papers/history.pdf). Né en Suède en 1973, Nick Bostrom dirige le *Future of Humanity Institute* à l'Université d'Oxford.

[110] L'ouvrage dirigé par T. Cole, D. Van Tassel et R. Kastenbaum : *The Handbook of Humanities and Aging*, Springer, New York, 1992, comporte d'excellentes mises au point sur toutes ces questions.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

pas elle-même une maladie. Cette intuition a reçu une sorte de consécration lorsque James Birren, le fondateur de la gérontologie, a caractérisé comme suit le vieillissement : « [c'est le] processus qui doit advenir chez tout individu qui vit suffisamment longtemps – la constellation de changements fonctionnels et structurels qui doivent apparaître indépendamment de toute maladie »[111].

Les transhumanistes ne se satisfont pas du tout de telles analyses. Leur contestation va prendre deux formes principales, pas toujours clairement distingués. Certains considèrent que la vieillesse fait bel et bien partie de la condition biologique de l'être humain et que, pour cette raison même, elle est une ennemie à éliminer. En effet, il s'agit de sa condition biologique présente, celle qui résulte de la sélection naturelle, laquelle n'a pas « programmé » les individus pour qu'ils vivent longtemps en bonne condition après que leurs gènes ont été transmis[112]. Marvin Minsky explique ainsi les choses[113] : la sélection naturelle favorise les gènes de ceux qui ont le plus grand nombre de descendants. Comme ce nombre tend à s'accroître de façon exponentielle, elle favorise du même coup ceux qui se reproduisent dans leur jeunesse et sont ainsi capables de veiller sur leur progéniture lorsque cette dernière est incapable de le faire. Mais elle ne favorise pas les gènes de ceux qui vivent très longtemps au-delà : ils seraient, en effet, non seulement inutiles pour une progéniture devenue capable de veiller à ses propres intérêts, mais entreraient en compétition avec elle pour des ressources, par définition, rares[114]. Or, il n'y a aucune raison de laisser aux crocs et aux griffes sanglantes de la sélection naturelle, dépourvue de toute compassion, le soin de fixer l'heure de notre mort. Et comme éviter une mort prématurée est un but légitime

[111] Cité par J.C. Brocklehurst, « Ageing and disease » in R.J. Flford (ed), *Medical Ethics and Elderly People*, Edimbourg, Londres, Melbourne et New York, Churchill Livingstone, 1987, 30.

[112] Comme le dit Marina Maestrutti : « Notre corps a été sélectionné principalement pour garantir la reproduction, son but n'étant pas la longévité », *Imaginaires des nanotechnologies. Mythes et fictions de l'infiniment petit*, Paris, Vuibert, 2011, 146. Cet ouvrage comporte la meilleure présentation synthétique en langue française à ce jour du mouvement et de l'idéologie transhumanistes.

[113] Marvin Minsky, « Will Robots Inherit the Earth? », *The Scientific Conquest of Death. Essays on Infinite Lifespans*, Buenos Aires, LibrosEnRed, 2004, 124. L'essai lui-même est de 1994. Il s'agit bien de Marvin Lee Minsky le pionnier de l'intelligence artificielle qui se trouve être, par bien des côtés, un compagnon de route des transhumanistes.

[114] Sur ces théories, voir l'article de Florence Solari dans le même ouvrage.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

de la médecine, alors on peut mobiliser les ressources de celle-ci afin de prolonger la vie bien au-delà de son terme naturel, voire indéfiniment. Il s'agit là d'une sorte de subversion de la sentence heideggérienne qui veut qu'un homme, dès qu'il vient à la vie, soit assez vieux pour mourir. Au contraire, les transhumanistes pensent qu'aussi longtemps qu'il est en vie un être humain ne devrait jamais être assez vieux pour mourir.

D'autres, encore plus radicaux, tiennent la vieillesse pour une pathologie pure et simple qu'il convient, par définition, de combattre. Bien entendu, cela ne se comprend que sur fond d'une représentation de ce qu'est la santé ou la maladie. Ray Kurzeil et Terry Grossman caractérisent la santé en ces termes :

« La santé n'est pas seulement l'absence de maladie diagnostiquée ; c'est une voie vers un bien-être physique, émotionnel et spirituel toujours croissant »[115].

Robert Freitas écrit de son côté que la mort naturelle et le vieillissement sont des maladies et se propose de les traiter grâce à la nanomédecine[116]. Le caractère pathologique de la mort et de la vieillesse est affirmé sur la base d'un modèle « volitionnel normatif » de la maladie[117]. Ce modèle comporte un versant objectif : la santé est le fonctionnement objectif optimal des systèmes biologiques d'un individu, lequel consiste en en l'opération de processus biologiquement programmés. Il comporte aussi un aspect subjectif : la condition physique d'un être humain est un état volitionnel, par

[115] R. Kurzeil, T. Grossman, *Serons-nous immortels ?*, Paris, Dunod, 2006 [2004], 16. Il écrivent aussi : « La santé n'est pas simplement l'absence de maladie. Bien au contraire, c'est l'efficacité à tous les niveaux de votre existence, que vous pouvez toujours améliorer », *ibid*., 495. On notera la proximité de ces formules avec la définition de la santé qui figure dans le préambule à la Constitution de l'OM.S., adoptée par la Conférence Internationale de la Santé le 26 juillet 1946.

[116] La nanomédecine est « la préservation et l'amélioration (*improvement*) de la santé humaine grâce à l'usage d'outils moléculaires et à la connaissance du corps humain au niveau moléculaire », « Nanomedicine » in *The Scientific Conquest of Death. Essays on Infinite Lifespans, op.cit.*, 77. Ce traitement de la vieillesse a déjà un nom, sinon une réalité : la déchronification.

[117] « Personal Choice in the Coming Era of Nanomedicine » in F. Allhoff *et al.*, *Nanoethics : the Ethical and Social Implications of Nanotechnology*, Hoboken, Wiley, 2007, 161-172. Sur le débat contemporain relatif aux concepts de santé et de maladie, on consultera Élodie Giroux, *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, 2010.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

quoi il faut entendre, assez banalement, qu'elle est évaluée par les désirs du sujet qui ont ici une fonction normative. La maladie est donc caractérisée par la défaillance d'un système qui ne fonctionne plus de façon optimale ou/et par la défaillance d'un système qui ne fonctionne plus de la façon désirée. Ainsi, si je suis en bonne santé (au sens usuel du terme) mais que je sois plutôt chétif et que je désire un corps d'athlète, ma condition est subjectivement pathologique et la nanomédecine peut légitimement entrer en scène pour la corriger. Il en est de même pour ce qui concerne le vieillissement et la mort :

« Selon le modèle volitionnel normatif de la maladie (qui est le plus approprié pour la nanomédecine), si vous êtes vieux du point de vue physique et ne voulez pas l'être, alors la vieillesse, le vieillissement - et la mort naturelle - sont, pour vous, des maladies et vous êtes en situation (*deserve*) d'être soigné »[118].

Toutes ces considérations aboutissent à une remise en cause radicale de nos attitudes spontanées envers la vieillesse : que nous soyons ou non attentifs à une prétendue « leçon des Anciens », nous considérons que la vieillesse consiste en un acheminement inévitable vers la mort. Mais dans le nouveau contexte, les choses ne se passent pas ainsi : les transhumanistes sont fermement persuadés qu'à très court terme la médecine sera capable de nous permettre de vivre plusieurs siècles et, à moyen terme, de vivre éternellement. Il s'agit donc de vivre assez longtemps et en assez bonne santé pour bénéficier de telles avancées. L'ouvrage de R. Kurzeil et T. Grossman est exemplaire à cet égard : il propose une sorte de régime de longue vie (extrêmement contraignant d'ailleurs), à base de restriction calorique, de compléments alimentaires, d'exercice physique, etc. À première vue, cela s'inscrit dans une tradition bien documentée de la littérature médicale. Mais l'objectif de ces auteurs n'est pas de vivre longtemps et en bonne santé : il s'agit de vivre assez longtemps pour vivre toujours[119].

Les objectifs et la vision du monde des transhumanistes ont été, comme il a été rappelé, contestés avec virulence. Certains bioconservateurs estiment que les promesses et les succès des

[118] R. Freitas, « Nanomedicine » in *The Scientific Conquest of Death. Essays on Infinite Lifespans*, *op.cit*, 86.
[119] Le titre anglais de cet ouvrage est d'ailleurs éloquent : *Live long enough to live forever*.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

technologies de l'hyper-modernité risquent d'endommager de façon irrémédiable l'image de l'homme et leur reprochent d'être insensibles à cette menace. D'autres prétendent que le forçage technologique manifeste une forme particulièrement arrogante d'*hubris* : ses partisans en deviennent incapables de comprendre qu'ils sont en train de franchir des limites qui, pour être invisibles, n'en sont pas moins réelles. Que les transhumanistes soient généralement naïfs quant aux pouvoirs de la technologie, c'est indiscutable : ils voient en l'histoire de celle-ci un processus cumulatif, allant de victoire en victoire dans sa guerre contre la nature. Or, ce n'est pas ainsi que les techniques changent et font changer le monde. Il semble que ces technophiles peu critiques sous-estiment systématiquement le prix à payer pour l'instauration de l'ordre social dont ils rêvent, à savoir cette société d'humains largement surnuméraires, dont les politiques ne savent pas trop quoi faire et qui se met en place sous nos yeux. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire d'invoquer une nature et une nature humaine qu'il faudrait garder pures de toute intervention « excessive » (c'est-à-dire en fait de toute intervention inusitée). Il suffit de remarquer que l'éternelle jeunesse qu'on nous promet est celle de consommateurs passifs, nonobstant le propos de rigueur sur la santé comme créativité. À ce propos, la conception positive de la santé qui, selon R. Freitas, s'accorde le mieux aux possibilités de la nanomédecine, ne surprend qu'à moitié : Christopher Hook a pu dire, non sans raison, qu'elle « transforme la maladie en tout ce que le patient définit comme tel »[120] ; c'est la norme du caprice.

Entre la sacralisation de ce que l'évolution naturelle a fait de nous et la promesse de la jeunesse éternelle, il y a certainement une marge de manœuvre, à chercher dans la décélération du vieillissement et dans la compression de la morbidité.

[120] Ch. Hook, « Nanotechnology and the Future of Medicine » in Nigel M. de S. Cameron & M. Ellen Mitchell (eds), *Nanoscale : Issues and Perspectives for the Nano Century*, Hoboken, Wiley, 2007, 344.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Représentations temporelles du dernier âge

*Jean-Jacques Wunenburger*
*Philosophe*
*Lyon III*

Les conceptions philosophiques du temps ont généralement proposé un modèle homogène et identique de temporalité affectant le sujet humain. Cette conception abstraite et uniformisée du temps a l'inconvénient non seulement de faire fi de la subjectivité concrète de l'expérience de cette temporalité, qui peut conduire à des accentuations et individuations non négligeables et donc à des modifications de la forme idéale, mais encore de ne pas inclure, quel que soit le sujet, la variation possible de son sens du temps en fonction de l'âge et des âges de la vie, c'est-à-dire de l'évolution irréversible de l'être vers la mort. Le temps est-il, en effet, le même quand on est enfant ou adulte, jeune ou vieux ? Les variations vécues sont-elles dès lors à considérer comme minimales, accidentelles, épiphénoménales ou, au contraire, comme des configurations spécifiques, segmentées, stratifiées, de vécus ? Les approches phénoménologiques propres à la philosophie contemporaine, en cherchant à restituer la temporalité au plus près d'une subjectivité, empirique ou transcendantale, ont parfois permis de mieux saisir la temporalité existentielle, voire l'existence temporalisante, dans les conditions concrètes de sa manifestation, de sa structuration, qui varient selon l'état du corps -sain ou malade-, et selon les âges de la vie, selon que la conscience ignore, affronte ou refoule, plus ou moins, la précarité de la vie, le laps de temps présumé restant de vie, bref l'angoisse de la mort. Le discours sur l'expérience du temps gagnerait donc à être adapté à chaque âge[121], chaque âge se caractérisant par une composition, une alliance originale de mémoire et d'anticipation, selon que la mort est attendue comme prochaine ou non. Vieillir en ce sens n'est pas seulement connaître une dégradation du corps, mais accéder à une autre expérience du temps, se situer en fonction d'un certain temps accompli qui implique une moindre ouverture à l'avenir. Le vieillissement peut donc être considéré comme

[121] Par âge, on entendra moins le nombre d'années accumulées depuis la naissance, mais les périodes typiques d'évolution d'un être tout au long de la vie, qui ont été emblématisées déjà par la culture antique. Voir « Les âges de la vie ». *Iris*, 14, 1994.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

une manière propre de temporaliser l'existence. Quelles représentations participent-elles à ce vécu du sujet âgé ? Comment la mémoire et l'anticipation accèdent-elles à une configuration propre, typique du vieillissement ? Comment ces imaginaires de ce qui n'est plus ou n'est pas encore, structurent-ils un temps propre, celui du dernier âge ? On se propose de parcourir quelques contributions de la philosophie contemporaine, relevant de courants comme la phénoménologie et l'herméneutique, qui ont cherché, par des approches plus descriptives que théoriques, à saisir les activités mentales au plus près de leur émergence dans la conscience et le langage.

## Vies authentique et inauthentique selon Martin Heidegger

En prenant au début du XXe siècle la voie d'une phénoménologie, la philosophie de la vie et du temps de vie a permis une compréhension renouvelée de l'expérience existentielle du temps qui passe irréversiblement. D'Héraclite à Hegel, le passage du temps pour l'homme comme pour toutes choses, obéit à une loi de croissance et de dépérissement, qui depuis les anciens grecs trouve sa source, au moins analogique, dans le devenir cosmologique, toutes choses étant destinées à naître, croître et dépérir. En déplaçant l'approche du temps d'une loi générale vers un vécu de conscience, lui-même inscrit dans l'expérience du corps propre, la phénoménologie, depuis Ed. Husserl, cherche à saisir le passage temporel lui-même comme vécu présent, constitué, institué même, par le souvenir du passé et l'anticipation du futur. Il ne s'agit plus de décrire un parcours successif mais de saisir une durée, faite de la coexistence, dans la conscience, de trois dimensions temporelles. Peut-on, en prenant en compte cette configuration complexe, ressaisir non plus une structure invariable, quasi intemporelle, de la conscience du temps, mais une temporalité existentielle qui se modifie en fonction des variables du passé et de l'avenir, des contenus, plus ou moins consistants ou inconsistants, des souvenirs et des attentes, c'est-à-dire d'une conscience qui varie selon l'âge et qui atteindrait une certaine forme typique dans le dernier âge ?

On doit à Martin Heidegger, élève de Husserl, d'avoir noué intimement ensemble Etre et temps, titre de l'œuvre de 1927, c'est-à-dire d'avoir fait du temps non un mode accidentel de l'être, mais son

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

attribut premier, son essence même qui est d'exister temporellement. Pour Husserl l'être humain est originairement le lieu d'une expérience de trois visées constitutives, de trois extases, temporelles, donc d'un triple rapport simultané au passé, à l'avenir et au présent. Cette triple temporalisation qui se joue en nous, sans que nous en soyons pour autant la cause subjective, s'enracine pour Heidegger dans un sentiment originaire d'angoisse, qui accompagne la saisie de notre finitude mortelle. « La `fin' fait elle-même partie de cette manière de rester en attente. La `fin' de l'être-au-monde, c'est la mort[122] ». En reliant ensemble, à la différence de Husserl, une structure de la conscience du temps et une disposition affective, l'angoisse d'un temps fini, Heidegger n'a-t-il pas, à la manière d'anciennes sagesses, rendu possible une appréhension de différents modes de vie selon la place qu'y occupe l'angoisse de la mort, et une compréhension des expériences temporelles en fonction de leur acceptation ou refus de la mort, dessinant ainsi des profils de vie authentique ou inauthentique ? Certes Heidegger prend soin de se distinguer des traditions philosophiques antérieures en soulignant combien cette angoisse de la possibilité de la mort n'a rien à voir avec son degré de réalité ni même son imagination anticipée : « l'angoisse de la mort ne doit pas être confondue avec la peur du décès » et dans ce cas « la démarcation avec une pure disparition, mais aussi avec un arrêt-de-vie et finalement avec une expérience vécue du décès commence à accuser ses contours »[123]. Ne peut-on pourtant penser que cette démarcation est sans doute moins marquée empiriquement, et que dans les faits on évite ou fuit moins cette structure fondamentale de l'existence à mesure que l'heure de la mort approche raisonnablement ? Vieillir n'est-ce pas être confronté « de plus en plus » à la certitude de la mort, avoir de moins en moins la possibilité de l'exorciser dans l'oubli ou la négation ? En ce sens le dernier âge ne conduirait-il pas, dans la perspective de Heidegger, vers une condition plus authentique du *Dasein* ?

Une grande partie de l'anthropologie moderne suppose généralement une humanité de référence idéalisée, identifiée à la jeunesse, à la puissance, à l'autonomie, étrangère ou éloignée de la maladie et de la mort. Heidegger, en plaçant au cœur de l'étant humain, cette expérience angoissante de la mort, reprend en ce sens

[122] M. Heidegger, *Etre et temps*, Gallimard, trad. F. Vezin, 1986, § 45, 286.
[123] *Ibid.*, §50 , 306.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

plutôt l'héritage d'un Montaigne ou d'un Pascal, qui, de manière intempestive, rappellent à l'humanité sa précarité, sa fragilité, sa faiblesse, contrastant avec les valeurs de grandeur et d'autonomie avancées par le discours philosophique dominant. En posant à nouveaux frais la question « qu'est-ce que réellement l'homme ? », et en assimilant l'être authentique de l'homme à l'être-vers-la mort (*Sein zum Tode)*, Heidegger conjugue, dans la figure du souci, l'être de projet qu'est l'homme, pour qui l'avenir est la condition pour être au présent, et l'être mortel, la liberté devant se constituer sur fond d'un horizon irréductible, la mortalité. Il n'y a d'être que libre, c'est-à-dire porteur de projet d'avenir, et de liberté que menacée dans son infinité sans limite[124].

En ramenant ainsi la question traditionnelle de la nature de l'homme à cette structure de conscience angoissée devant la mort certaine, Heidegger cherche en même temps à déterminer le rapport authentique, propre (*eigen*) de chacun avec soi même. Car l'angoisse, comme affect ontologique, n'est pas de même nature que la simple peur, qui est toujours peur d'une réalité déterminée, et qui ne saurait en tant que telle déterminer l'existence. Au contraire, l'expérience métaphysique de l'angoisse, qui ne porte sur aucune menace particulière à éviter, accompagne l'être comme une musique de fond qui accompagne l'existence et non telle ou telle situation de danger[125]. Du fait de cette profondeur même, cette angoisse pousse aussi chacun à la fuir, attachant ainsi à nos actions et occupations le soupçon d'être des distractions, des divertissements qui nous font oublier notre condition première. L'angoisse du temps, en tant que temps fini, serait donc la source de toutes les formes d'inauthenticité, d'aliénation auxquelles nous cédons pour ne pas l'assumer. Telle est la vie déviée, dévalée, en chute, que nous nous sentons imposer par le « on », cette force impersonnelle qui nous détourne d'être soi, d'avoir le souci authentique de soi[126]. « Le « on » ne laisse pas se manifester le courage d'affronter l'angoisse devant la mort […] l'être vers la mort quotidien est, en tant que dévalant, une constante fuite devant elle »[127].

En interprétant ainsi, à partir d'une phénoménologie de la vie moderne, l'être de l'homme, à mi-chemin entre une métaphysique

124 Voir M. Heidegger, *Etre et temps*, *op.cit*., § 65.
125 *Ibid*., § 30.
126 *Ibid*., § 38.
127 *Ibid*., § 51 309.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

qu'il voulait déconstruire et une anthropologie, dont il récusait le bien-fondé, Heidegger engage une éthique de la vie comme souci (*Sorgen*). Vivre authentiquement soi-même, être libre, c'est assumer sa destination mortelle au présent, endurer la mort comme possibilité non accidentelle, se prémunir de toutes les formes de perte de soi dans le divertissement et dans l'instrumentalisation du monde. Certes « Etre et temps » ne se donne pas comme un traité de vertu pratique mais d'ontologie. Heidegger n'assigne pas de forme idéale au *Dasein* qui constituerait une forme pure et vraie d'existence. L'existence en notre époque n'est jamais plus qu'une tension instable entre liberté et aliénation, authenticité et inauthenticité, entre être soi et ne pas être soi, ou pour le dire autrement entre « être chez soi » et « pas chez soi ». Il reste qu'en mettant la conscience de l'avenir et de la mort au cœur de l'être, en montrant que l'être comme projet se constitue sur l'horizon de sa cessation à tout instant possible, que la liberté est angoisse, Heidegger a placé au centre une expérience, qui n'est pas communément celle de la jeunesse insouciante, axée sur le sentiment de toute puissance, d'avenir illimité, de conquête de l'autonomie créatrice, si typiques de la pensée de la modernité et du progrès depuis l'époque de la Renaissance, inséparable de l'humanisme triomphant.

Ne peut-on dès lors trouver à partir de Heidegger une première leçon à méditer : le propre du vieillissement ne serait-il pas précisément de rendre l'homme plus authentique, plus proche de son essence ? Certes cet âge le familiarise avec la représentation plus rapprochée de sa propre fin, l'inclinant à être davantage « chez soi », mais plus profondément il peut mettre davantage à nu, en deçà des représentations, la structure d'angoisse, davantage immunisée contre les illusions du ' on '. Une des possibilités du vieillissement ne serait-elle pas d'être plus insensible aux prestiges du divertissement, de l'action, pour s'appartenir davantage soi-même ? Cette conscience croissante de l'approche de la mort, et la montée d'angoisse qui l'accompagne, n'est pas pour autant à réduire à un imaginaire de la souffrance imminente, la peur de mourir portant souvent plus sur ce qui précède la mort que sur la fin elle-même, ou à un savoir du sens de la vie, qui ferait office de consolation, ce savoir que les personnes âgées revendiquent pourtant souvent au terme de leur vie. Pour Heidegger, l'authenticité ne consiste pas à penser la mort comme un temps d'achèvement selon la représentation dominante des cycles cosmologiques. La limite qu'elle constitue ne vaut pas non plus par l'imaginaire d'une autre vie,

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

d'un au-delà, bien que Heidegger ne l'exclue pas, mais par ce qu'elle nous donne à connaître l'essence tragique même de la vie. « Le finir auquel on pense dans le cas de la mort ne signifie pas pour le *Dasein* être-à-la fin, mais au contraire, un « être vers la fin » de cet étant. « Sitôt qu'un homme vient à la vie, il est tout de suite assez vieux pour mourir »[128]. Ne peut-on conclure de la reprise de ce dicton emprunté par Heidegger à la culture allemande, qu'être vieux, savoir qu'on va mourir, en tant que structure existentiale, devient le révélateur de la vie humaine et que le vieillissement de fait, empirique, ontique, permet dès lors d'affronter cette vérité en toute lucidité ?

Ainsi donc non seulement Heidegger a fait de la conscience de la mort la structure de la temporalité de toute vie, mais il rend possible de faire de la vieillesse, en tant que période où la conscience de la mort est la plus insistante, un temps d'accès possible à l'authenticité, même si elle reste empreinte de mélancolie tant qu'elle ne se laisse par recouvrir d'une nouvelle inauthenticité par les espérances eschatologiques. Si notre rapport au temps de la mort est la vérité du *Dasein*, jamais celui-ci ne s'en approche davantage qu'en s'approchant d'elle. Mais comme le souci repose sur la dimension extatique de l'avenir, comment penser le *Dasein* du dernier âge, qui se voit manquer d'avenir ? Ne faut-il pas davantage prendre en compte, dans la conscience du temps qui passe, non le rapport à l'avenir, mais le passage même de l'avenir au passé ?

## Le passage du temps à l'âge de la vieillesse : Hans-Georg Gadamer

Un élève de M. Heidegger, H. G. Gadamer prend acte de la position heideggérienne selon laquelle la mort comme terme de la vie, constitue une structure ontologique du *Dasein*. L'être se temporalise, sans être seulement dans le temps, qui n'est pas un milieu ou un monde englobant, mais qui participe de l'existence en tant que telle. Le passé, le présent et le futur ne sont pas des dimensions intrinsèques d'un temps en soi que reproduirait chaque individu, mais sont des visées, intentionnalités de la conscience temporale qui se rapporte à l'être, soit sur le mode de ce qui a disparu mais maintenu en mémoire, soit sur le mode de l'anticipation, soit sur le mode de l'instantanéité, les trois se révélant coextensifs et coexistant à tout moment. Pourtant,

[128] M. Heidegger, *Etre et temps*, *op.cit.*, § 48, 299.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

pour Heidegger, une fois posé comme originaire l'horizon de la mortalité, l'avenir ne pouvait que passer pour la visée primordiale, celle qui ouvre sur des possibles. « Le phénomène primitif de la temporellité originale et propre est l'avenir »[129]. Si tel est le cas, le vieillissement, tout en étant authentique par sa conscience avivée de la mort, nous expose à un temps restreint, plus limité que jamais, puisque inévitablement plus pauvre en possibles. Si l'avenir est premier et si manquer d'avenir définit la vieillesse, la plus grande part de la vie étant passée, la vieillesse ne redevient-elle pas une forme inauthentique de l'existence ? Pourtant avoir moins d'avenir est aussi avoir toujours plus de passé, le passé, cumulé, intégré, intensifié ne serait-il pas l'axe majeur de la temporalité de l'être vieillissant ? Telle serait l'orientation propre de Gadamer, qui inverse en un sens les extases temporelles, et éclaire ainsi le dernier âge davantage à partir de l'expérience et la capacité à faire le deuil du passé qu'à se mettre en disposition d'attente de l'avenir.

Certes, l'expérience du temps est, à tout âge, celle d'un passage où passé et avenir se nouent ensemble pour former le vécu du présent. Vivre est bien une manière permanente de prendre congé de ce qui vient de se passer, de produire du passé, pour faire place à quelque chose qui commence et qui n'était jusque là qu'à venir. Cette structure du devenir est d'ailleurs comparable, pour Gadamer, dans l'histoire collective à une césure « épochale », qui permet d'assister en image agrandie au glissement dans un passé et à l'émergence d'un futur. Mais pour Gadamer, cette transition du changement d'époque, comme la transition propre à tout âge, atteint une configuration spécifique lorsque, en vieillissant, la dimension du passé dont il faut faire le deuil s'accroît et que la dimension de ce qui commence diminue.

Pourtant Gadamer souligne combien vivre exige que l'on puisse toujours vivre la transition, et donc reconnaitre le passé pour ouvrir une fenêtre sur l'avenir. Le moment essentiel de la temporalité consiste donc à « prendre congé de l'ancien » : « Là où une nouvelle époque commence à poindre, il convient au contraire de prendre congé de l'ancien. Ce n'est pas un oubli mais plutôt un reconnaître. Car dans l'adieu, a toujours lieu une reconnaissance. Ce qui est séparé a acquis une nouvelle durabilité […]. Il est clair que cette expérience est celle d'une discontinuité, et elle est de ce fait éprouvée comme déclin de l'ancien. Mais elle est en même temps l'expérience d'un nouveau

[129] M. Heidegger, *Etre et temps*, § 65 , 389.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

commencement »[130]. Gadamer décrit avec finesse cette double relation de la transition qui équilibre en quelque sorte la relation au futur et celle au passé dans un flux temporel. « Le point décisif n'est pas que la dissolution de ce qui est est sous un autre aspect le commencement du nouveau, mais que l'intelligence de la nécessité de ce déclin donne à tous deux, au périssant dans le souvenir de la dissolution comme au nouveau qui doit suivre le passé, leur être propre – et qu'en cela le temps même est éprouvé »[131]. La temporalité pour Gadamer est donc moins condensée dans le souci comme projet, comme chez Heidegger, que dans la transition comme discontinuité-continuité du passé et du futur. « Alors que l'écoulement uniforme du temps est un constant passage, il devient clair que l'expérience de la transition ne signifie pas une fuite du temps aussi simple, mais un être déterminé-indéterminé qui, dans les expériences de l'adieu et du commencement, instaure le flux du temps »[132].

Mais on peut se demander si, avec le dernier âge, l'ouverture aux commencements ne se ferme pas progressivement et si l'on ne parvient pas, de moins en moins, à donner congé au passé, à regret. D'où la tendance du grand âge à régresser dans le passé, à le surdimensionner, à le pétrifier au point que l'on ne vit même plus au présent mais de plus en plus dans le passé. En ce sens le vieillard, déjà moins en attente devant l'avenir, ne parvient plus vraiment à assurer le passage épochal, à transformer la dissolution effective du passé en un présent de la reconnaissance.

## Vers un temps de l'immémorial ?

Ainsi se précise la nature paradoxale de la conscience du temps chez l'être vieillissant. Elle semble, à la manière heideggérienne, la plus proche de saisir l'authenticité du temps en se confrontant avec l'angoisse et l'attente de la mort, mais selon Gadamer, elle se voit de moins en moins portée par la liberté des possibles, car ne parvenant pas à faire, en même temps, le deuil du passé, inclinée qu'elle est à régresser dans le passé. A l'angoisse d'un futur qui se rétrécit se rajoute le regret mélancolique qui accompagne la régression du passé. Le cercle des représentations du temps de la vieillesse semble se refermer

130 H. G. Gadamer, *Langage et vérité,* Paris, Gallimard, 1995, 99.
131 *Ibid.*, 101.
132 *Ibid.*, 100.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

en une expérience crépusculaire sans vie propre au présent. Comment se développe cette recognition du passé, comment est-elle porteuse de souffrances, de pathologies ? Se limite-t-elle à un enkystement dans une mémoire monumentale qui cumule les œuvres du passé et crée le fardeau de – beaux et mauvais – souvenirs ? À l'inverse, comment l'expérience du temps du dernier âge, ainsi redimensionnée, peut-elle s'ouvrir à une harmonie nouvelle du passé et du présent, conserver le tragique de la mort tout en accédant à un temps propre créateur ? Deux orientations pratiques peuvent déjà être indiquées, parmi d'autres : d'une part, développer une véritable recognition au présent en substituant la mémoire narrative à la mémoire monumentale, sur fond d'une poétique du temps ; d'autre part, retrouver dans la transition elle-même de la vieillesse le dévoilement d'un temps inédit, le temps de l'immémorial, de l'*aion*.

Comme l'a déjà souligné Ed. Husserl, il convient de bien distinguer deux visées du passé : l'une se réduit à la mémorisation du passé sur fond de sa conservation ; et l'on sait combien les troubles de l'amnésie désorganisent l'existence du vieillard à mesure que cette conservation s'émousse ou disparaît. Elle est donc bien le socle à partir duquel se construit la conscience du temps présent, lorsque le passé disparait, le présent lui-même est perturbé et l'avenir se ferme, preuve que la conscience du temps consiste en une synthèse temporelle dont il ne peut manquer aucune des « extases ». Mais d'autre part, le passé n'accède au vécu, qui est plus que la trace mnésique de ce qui a été, que par la conduite de la réminiscence qui, à partir du présent, présentifie ce passé révolu. Cette recognition n'est plus une pérennisation du passé au présent, mais un présent qui présentifie le passé. Le passé n'est pas une somme de souvenirs, mais ce que nous pouvons convoquer dans le présent et à partir du présent. Il n'y a de passé alors que pour celui qui sait le faire revivre par des actes de langage, qui culminent dans le récit. Pour P. Ricœur, dans une perspective herméneutique, l'anamnèse se comprend précisément comme un mouvement mémoriel de reconnaissance d'un passé disparu. Il peut s'accomplir de deux manières, soit comme attestation d'une identité originaire, soit comme interprétation destinée à engendrer de nouveaux possibles. Telle est la fonction narrative au sein de la mémoire, qui sert précisément moins à répéter ce qui a été, qu'à raconter autrement. La narration contribue à reconfigurer le passé en fonction des attentes du présent sous différentes formes. Dès lors, « apprendre à se raconter, c'est aussi apprendre à

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

se raconter autrement »[133] et « Toute instauration est potentiellement de nature reconstructive, dès lors qu'elle ne reste pas figée dans la répétition, mais se révèle à quelque degré innovante »[134]. Pourtant, la fonction narrative n'épuise pas vraiment la question, comme l'avoue P. Ricœur dans les dernières pages de « Temps et récit » : confronté à ce qu'il nomme « l'aporétique du temps », liée à l'impossibilité de le ressaisir par le discours à l'état naissant, autrement que déjà constitué, il reconnaît les « limites du récit » sans pour autant renoncer à toute verbalisation, qui peut consister dans la parole poétique, irréductible à « l'art de raconter »[135].

Quoiqu'il en soit de ces réserves, bien vieillir passe sans doute par une reconfiguration de la mémoire qui au lieu d'être une cabane d'images pieuses qui nourrissent le rétrograde, devient source de nouvelles conduites de récit qui donnent sens au présent. Tel était sans doute, dans les sociétés traditionnelles, le rôle du mythe, récit mémoriel qui réactive le passé pour en faire un nouveau commencement. Vieillir serait donc une occasion de mythifier le passé, au sens où l'on re-raconte le passé à d'autres, de nouvelles générations, pour transmettre ce qui est arrivé. La sauvegarde d'une vieillesse heureuse passe alors par l'ancestral art du conte ou des récits d'autrefois qui donnent en héritage aux nouvelles générations le passé révolu. Raconter aux petits-enfants le passé, c'est le reconnaître comme passé révolu et le confier comme parole vivante à une nouvelle génération dont elle irrigue l'avenir. Cette conduite narrative appartient alors à une poétique de l'existence, au sens où l'entend déjà M. Heidegger, commentant et méditant le poète Hölderlin. En effet, la parole poétique nous livre la compréhension de la vraie mémoire, puisqu'elle fait « entendre l'origine en son pur jaillissement » et nous reconduit donc à la source même du temps de laquelle constamment il surgit. Ainsi, dans le texte de 1943 intitulé « *Andenken* » (Souvenir ou encore Pensée fidèle), M. Heidegger montre que se remémorer, repenser à, ne consiste pas à substantifier, à réifier un événement en cherchant, en vain, à le conserver intact pour perpétuer indéfiniment un passé révolu qui s'en est allé (*das Vergangene*) : garder fidèlement mémoire consiste bien davantage à réouvrir des possibilités enfouies à l'intérieur de ce qui a été et n'a jamais cessé d'être (*das Gewesene*). Il s'agit donc, pour la mémoire personnelle, comme pour la mémoire de

133 P. Ricœur, *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, 2004, 165.
134 *Ibid.*, 224.
135 P. Ricœur, *Temps et récit*, tome 3, Paris, Seuil, 1985, 488-489.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

la culture, d'opérer une désobstruction qui vise à alléger la mémoire des connaissances historiques accumulées, pour faire retour à la source vive, mais oubliée et restée impensée, dont ces connaissances proviennent. Revenir aux Grecs, par exemple, pour Heidegger, n'est pas chercher à faire revivre à l'identique en cherchant à imiter le début (*Beginn*) de notre civilisation : il serait ridicule, écrit Heidegger, de prétendre « ne philosopher qu'en présocratique » et de « dénoncer tout le reste comme malentendu et décadence »[136]. Il s'agit de revenir plutôt au commencement (*Anfang)* pour reprendre de manière nouvelle l'énigme originaire pour la repenser aujourd'hui. Pour M. Heidegger, se remémorer consiste donc à réouvrir les possibles de ce qui a été. Le rappel ne se limite pas à répéter mais à repenser ce qui a été, par l'intériorisation de l'acte du souvenir. « C'est un des mystères de la pensée fidèle qu'elle se porte vers ce qui a été, de sorte cependant que cela même qui a été revienne à celui qui y pense, faisant pour ainsi dire retour sur lui, et cela dans le mouvement même « d'y penser ». Mais ce retour ne signifie pas que ce qui a été se fige maintenant comme une espèce d'objet présent dans le moment présent d'une simple remise au présent. Si la pensée, s'adressant à ce qui a été, laisse à celui-ci son « être été » et n'altère pas sa vertu en s'empressant de la mettre au compte du simple présent, alors nous découvrons que ce qui a été, dans le retour qu'il effectue au sein de la pensée fidèle, s'étend par-delà notre présent de façon à venir à nous comme un avenir. Brusquement, la pensée fidèle se voit en demeure de penser ce qui a été comme quelque chose qui ne s'est pas encore déployé »[137]. L'âge du vieillissement ne serait-il pas, à travers la pensée narrative, mythique et poétique, l'âge même de cette pensée fidèle, qui accède par l'anamnèse à la profondeur et à la vérité du temps[138] ?

Dans ce contexte, ne peut-on aller jusqu'à penser que le temps du dernier âge serait propice à l'accès à un temps inédit, qui se libère des modalités du passage et de la transition, et qui nous ferait accéder à l'immémorial ? Telle est la perspective esquissée par H. G. Gadamer en une page scandée de références significatives : « Or devenir plus âgé n'est pas une expérience du passage du temps, mais une déterminité spécifique de ce qui a son propre temps, que cette déterminité soit

136 M. Heidegger, *Qu'appelle-t-on penser ?*, Paris, PUF , 1959, 175.
137 M. Heidegger, *Approche de Hölderlin,* Paris, Gallimard, 1973, 127.
138 Un développement de cette lecture dans notre article « Les paradoxes de l'anamnèse », in P-A Deprost et al., *Mémoire et identité*, Presses universitaires de Louvain, 2008, 151.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

éprouvée par celui-ci ou par d'autres. Une telle expérience de l'âge n'est donc pas une conscience temporelle qui passe, une pensée des deux dimensions ouvertes de l'avenir et du passé, comme cours continuel infini du temps qui passe. Hegel l'a joliment décrit – ce qui est juste et s'impose à nous, c'est que l'expérience temporelle de la vie consiste dans le fait qu'une masse démesurée d'avenir fond lentement et qu'une masse formidable de passé croît […]. L'expérience du temps qui a lieu ici est le devenir autre – non comme un quelconque changement dans un substrat subsistant, mais dans l'immédiateté de l'être devenu autre. Le vivant entre dans un âge et laisse un âge derrière lui. Sa temporalité a une discontinuité d'un genre particulier sur laquelle Héraclite a déjà médité quand il pense le changement brusque, le surgissement sans médiation du nouveau et le naufrage de l'ancien, comme la vérité secrète de l'être. « Les enfants jettent leurs jouets quand ils deviennent adultes »[139]. Mais ne s'agit-il pas alors d'un autre temps, peu distingué par M. Heidegger, le temps de l'*aion*[140] ? Ce temps sans véritable succession, comme arrêté parce que tout y est simultané, n'est pas tant l'éternité, notion théologique qui détemporalise, que l'immémorial : « Cet *aion* est comme un temps antérieur à la temporalisation, antérieur à la négativité de l'un et de l'autre, et il est par et dans la certitude de la vie éprouvable en tant que telle »[141]. Temps même de la vie, par delà ou en deçà du flux temporel, l'*aion* « décrit manifestement la structure du temps de ce qui, à travers les changements et les articulations des phases de la vie, reste une seule et même (chose), à savoir le caractère de ce qui est vivant »[142]. Ainsi le dernier âge aurait-il la vocation de déplier, de dévoiler un temps caché de la vie, où tout se rassemble par le souvenir qui ne se fixe plus sur tel ou tel moment passé, mais qui saisit parfois dans une intuition unique le passé, le présent et l'avenir. Sans doute mémoire et imagination s'entremêlent-elles alors, comme l'a pensé G. Bachelard, pour qui ce regard vers le passé, et vers l'enfance, ne doit pas rester prisonnier de quelque enquête sur des faits passés, mais doit nous faire accéder poétiquement, oniriquement au passé, et au plus lointain passé, celui de l'enfance. Se souvenir ainsi n'est pas nous enfermer dans les replis de notre histoire, notre biographie, mais c'est par la rêverie poétique appréhender « un noyau d'enfance, une enfance

139 Gadamer, *Langage et vérité*, *op.cit*., 96.

140 Sur ces distinctions entre *chronos, aion, kairos*, voir L. Couloubaritsis et J. J. Wunenburger, *Figures du temps*, Presses universitaires de Strasbourg, 1997.

141 Gadamer, *Langage et vérité, op.cit*., 97.

142 *Ibid*.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

immobile mais toujours vivante, hors de l'histoire »[143], qui devient puissance d'essor, force libératrice, accès à une plénitude ontologique. « Nos rêveries solitaires sont les activités d'une métamnésie. Il semble que nos rêveries vers les rêveries de notre enfance nous font connaître un être préalable à notre être, toute une perspective *d'antécédence d'être* »[144]. Il n'est pas étonnant que G. Bachelard, parvenu à la vieillesse, puisse célébrer ainsi dans « La Poétique de la rêverie » les vertus de ces rêveries d'enfance qui comblent le rêveur solitaire. C'est à cet âge, en effet, que l'enfance, dont la réalité s'estompe, peut accéder à cette immémorialité qui met hors de l'histoire et du temps. L'imagination du dernier âge permet que les « souvenirs renaissent comme des rayonnements d'être plutôt que comme des dessins figés »[145].

Ces quelques analyses phénoménologiques et herméneutiques contemporaines permettent de mieux comprendre la temporalité propre du vieillissement. Celui-ci produit d'abord une sorte d'intensification de l'expérience du temps, en donnant au temps une vérité, une authenticité sans précédent, si l'on admet avec M. Heidegger la valeur ontologiquement première et structurante, au moins à notre époque, de l'angoisse de la finitude. En déséquilibrant cependant les relations entre avenir et passé, qui sont également constitutives de l'unité multiple du flux temporel, la vieillesse attire l'attention sur les difficultés ou les souffrances inhérentes à l'expérience de la transition, cette capacité de dire adieu au passé et d'accueillir un nouveau commencement. Il importe donc plus que tout de veiller à ce que la mémoire ne devienne pas un refuge, un mémorial, dont on pressent les caractères répétitifs et obsessionnels possibles, mais par l'anamnèse vivante, poétique, soit à même de réitérer l'expérience des commencements ; et peut-être du commencement originaire, qui gît au fond de toute rêverie d'enfance. La vieillesse peut donc devenir un temps propice à une découverte d'un temps caché, celui de l'immémorial, qui nous libère de l'histoire tout en nous maintenant dans l'élan même de la vie. A condition de pouvoir « vivre » un temps poétique, narratif, mythique, onirique. Y sommes-nous, aujourd'hui surtout, toujours disponibles, capables et prêts ?

143 G. Bachelard, *La poétique de la rêverie*, Paris, PUF, 2010, 85.
144 *Ibid*, 93.
145 *Ibid.*, 117.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Sciences et soin

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Approches scientifiques de la sénescence

*Florence Solari*
*Généticienne*
*Lyon I*

Les progrès dans la compréhension des mécanismes responsables du vieillissement sont rendus difficiles par sa définition même qui pose question. En effet, il est hétérogène à l'échelle de la population, mais aussi à l'échelle de l'individu, car chaque organe et fonction possède son propre rythme de déclin au sein de l'organisme. La complexité du vieillissement s'inscrit aussi dans son caractère graduel qui engendre des conséquences phénotypiques multiples au cours du temps. Ainsi aucun marqueur biologique ne permet aujourd'hui de quantifier le « degré « de vieillissement d'un individu. Une évaluation précise du vieillissement impliquerait le suivi des modifications des différentes fonctions de l'organisme à la fois au niveau physiologique, cellulaire, biochimique et génétique ce qui est difficilement réalisable aujourd'hui.

La définition la plus universelle du vieillissement est l'augmentation de la probabilité de mort avec le temps qui est directement liée au vieillissement chronologique. Même si l'âge est à lui seul insuffisant pour rendre compte de la multiplicité des phénotypes observés dans une population vieillissante, il a l'avantage d'être formellement mesurable. Ainsi les premières études génétiques visaient à définir les mécanismes qui contrôlent la longévité. De façon très intéressante il est apparu que plusieurs mécanismes qui modulent la longévité jouent aussi un rôle dans les pathologies dont l'incidence augmente avec l'âge telles que le cancer, le diabète de type 2 et les maladies neurodégénératives (maladies d'Alzheimer, de Huntington, de Parkinson).

On évalue aujourd'hui à plus de 300 les théories du vieillissement. Ce grand nombre rend compte à la fois de la complexité et de l'hétérogénéité avec laquelle le vieillissement s'exprime mais aussi des multiples approches utilisées par les biologistes pour l'étudier à l'échelle physiologique, tissulaire, cellulaire et/ou moléculaire.

Les progrès les plus récents dans l'étude du vieillissement résident dans sa description moléculaire. Nous allons voir dans une première partie comment les chercheurs ont abordé la question complexe du

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vieillissement, notamment en ayant recours à des organismes modèles qui ont permis d'identifier des gènes capables de moduler la longévité. La deuxième partie aborde l'importance de l'environnement pour un vieillissement en bonne santé, ici illustrée par l'impact d'une restriction alimentaire. Nous verrons enfin comment les gènes de la longévité ont conduit les chercheurs à proposer différents mécanismes impliqués dans le vieillissement.

## Importance du patrimoine génétique : La modification d'un seul gène peut doubler la durée de vie ou engendrer un vieillissement prématuré

La première évidence soutenant l'idée que le vieillissement n'est pas que l'effet du temps est la découverte du contrôle génétique du vieillissement chez l'organisme modèle *Caenorhabditis elegans*. Ce ver de 1 mm de long représente un système beaucoup moins complexe que l'homme dans lequel les expériences peuvent être facilement et rapidement réalisées notamment grâce à sa durée de vie courte de 2 à 3 semaines. C'est chez ce petit ver qu'il a été montré au début des années 90, que la mutation d'un gène (*age-1* ou *daf-2*) était capable à elle seule d'engendrer le doublement de la durée de vie moyenne. Non seulement la durée de vie de ces mutants est considérablement augmentée mais ils apparaissent aussi plus jeunes plus longtemps[146].

Ces deux gènes définissent une voie très similaire à celle de la réponse à l'insuline/IGF1 chez les mammifères. Les plus sceptiques ont d'abord vu dans cette découverte l'expression d'un mécanisme qui serait propre à ce petit ver, un modèle jugé alors « trop simple » pour refléter la complexité des espèces qui au cours de l'évolution se sont séparés de *C.elegans* depuis des billions d'années. La publication de Martin Holzenberger dans le laboratoire d'Yves Lebouc a sonné le glas de cette controverse en montrant dix ans plus tard, que l'inactivation de cette même voie de signalisation de l'insuline/IGF-1 allongeait aussi la durée de vie des souris[147].

[146] C. Kenyon, « The first long-lived mutants: discovery of the insulin/IGF-1 pathway for ageing », *Philos trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011, Jan 12 ; 366 (1561) : 9-16.

[147] L. Kappeler, C. de Magalhaes Filho, Y. Le Bouc, M. Holzenberger, « Ageing, genetics and the somatotropic axis », *Med Sci* (Paris), 2006, Mar ; 22(3) : 259-65.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Ces résultats ont encouragé la recherche de différents allèles (qui correspondent à différentes version d'un même gène) dans les familles de centenaires et dont la présence pourrait alors être une « empreinte » de leur longue vie. Un allèle particulier d'un gène appelé FOXO a ainsi pu être ainsi identifié chez des personnes montrant les signes d'un vieillissement en bonne santé : ils déclarent moins de cancers et de maladies cardiovasculaires, leurs fonctions cognitives et physiques sont préservées. Ils montrent aussi une plus grande sensibilité à l'insuline, révélateur d'une meilleure résistance au diabète associé à l'âge[148].

Par ailleurs, la mutation d'un seul gène peut engendrer un vieillissement prématuré chez l'homme. De façon intéressante, la plupart des syndromes humains de vieillissement prématuré sont liés à l'altération de protéines impliquées dans le maintien et la réparation de l'ADN. L'ADN, localisé dans le noyau des cellules, subit de nombreuses agressions liées au fonctionnement normal de la cellule et à l'environnement (radicaux libres, radiations…). On estime jusqu'à 1 million le nombre de lésions par cellule et par jour (sur 3,3 milliards de nucléotides qui constituent notre génome). La cellule dispose de différents mécanismes pour réparer ces altérations, aussi appelées « dommages à l'ADN ». Ces systèmes deviennent défaillants chez les personnes atteintes de vieillissement prématuré.

À titre d'exemple le syndrome de Werner affecte 1 individu sur 100,000 et résulte d'un défaut de la protéine WRN qui est une protéine qui permet l'ouverture de la double hélice d'ADN, nécessaire à sa réparation, à sa duplication lors de la division cellulaire et au maintien de l'extrémité des chromosomes appelés télomères. Ces patients se développent normalement jusqu'à la puberté puis leur croissance s'arrête et ils commencent à manifester de multiples signes de vieillissement prématuré incluant une cataracte sénile, de l'ostéoporose, une atrophie de la peau, une décoloration des cheveux, une susceptibilité aux cancers et à l'infarctus du myocarde. Ces patients ont une espérance de vie sensiblement diminuée avec une médiane de 47 à 48 ans, essentiellement due aux développements de cancer et d'infarctus.

[148] « Replication of an association of variation in the FOXO3A gene with human longevity using both case-control and longitudinal data », *Aging Cell*. 2010 Dec ; 9(6) :1010-7.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Ainsi, en accord avec la théorie du vieillissement par l'accumulation de mutations, un défaut de réparation de l'ADN accélèrerait le vieillissement par l'addition de lésions dans l'ADN.

En résumé, même si on ne peut pas parler de « programme génétique » du vieillissement, les chercheurs ont pu identifier différents gènes qui influencent le vieillissement de façon positive ou négative. De plus, malgré la complexité du vieillissement et la diversité des formes sous lesquelles il s'exprime, il est maintenant clair qu'en régulant certaines voies de signalisation on peut étendre la durée de vie de nombreux organismes. Par ailleurs, un effet aussi spectaculaire peut être obtenu sans intervention génétique, en modifiant simplement leur régime alimentaire.

## Importance de l'environnement : La restriction alimentaire peut allonger la durée de vie

Le record de la proportion de centenaires est actuellement attribué aux habitants d'une petite île japonaise appelée Okinawa. Une étude publiée dans les Annales de l'Académie des Sciences de New York en 2007 conclut que le faible apport calorique de leur alimentation serait responsable de leur exceptionnelle longévité. Ces données soutiennent la pertinence des observations faites sur les organismes modèles depuis plus de 50 ans. C'est en effet dès 1935 que le professeur Mc Cay rapporte que des rats soumis à un régime hypocalorique vivent plus longtemps par rapport aux rats nourris à volonté. Depuis, des résultats similaires ont obtenu avec de nombreuses espèces jusqu'à nos plus proches cousins les singes. De plus, une restriction alimentaire (RA) modérée à l'âge adulte réduit de 50% l'incidence du cancer chez ces primates[149].

Toutefois, une nouvelle étude publiée en 2009, menée sur différentes espèces de souris, remet en question l'effet bénéfique de la RA. Cette étude montre que la RA peuvent être délétères sur la santé, sans effet, ou bénéfique, selon le patrimoine génétique de l'individu[150]. Malgré ces questionnements sur l'application de cette intervention chez l'homme, mieux comprendre comment la restriction calorique affecte la santé et

[149] « Extending healthy life span--from yeast to humans ». *Science*. 2010 Apr 16;328(5976):321-6.

[150] Sohal et al. « Life Span Extension in Mice by Food Restriction Depends on an Energy Imbalance ». *Journal of Nutrition*, Jan 2009.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

la longévité des organismes modèles, demeure un sujet d'étude central pour notre compréhension des mécanismes qui contrôlent la longévité et plus particulièrement les effets de la nutrition.

Les modèles génétiques de longévité évoqués dans le précédent paragraphe et l'étude des effets de la RA ont largement contribué à nos progrès dans la compréhension des mécanismes cellulaires et moléculaires qui affectent la régulation de la longévité notamment via l'étude de la réponse au stress oxydant et du contrôle qualité de nos protéines.

## Des gènes aux mécanismes

Les études génétiques essentiellement menées sur la levure, le vers *C.elegans*, la mouche *Drosophila melanogaster* et la souris ont conduit à l'identification d'une longue liste de gènes capables de moduler la durée de vie. Un certain nombre de ces gènes codent des protéines dont la fonction avait été décrite par ailleurs et ont donc permis d'identifier des mécanismes potentiellement impliqués dans le vieillissement. Les deux paragraphes suivants résument une grande partie des données publiées aujourd'hui (sans prétendre être exhaustifs). La première partie met l'accent sur l'importance de l'adaptation de la cellule à différents stress pour sa survie, capacité qui devient cruciale dans les organes à faible taux de renouvellement cellulaire tels que le cerveau ou le cœur. La deuxième partie aborde le renouvellement cellulaire qui lui même n'est pas sans limite. La façon dont ces mécanismes sont intriqués et leur impact, majeur ou mineur, sur le rythme de vieillissement n'est à ce jour pas totalement élucidé.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

## Quand la cellule ne fait plus face aux agressions : Accumulation de radicaux libres et agrégation des protéines

Parmi les gènes qui contrôlent la durée de vie des organismes modèles, on trouve des gènes dont les mutations affectent les mitochondries. Les mitochondries sont les « centrales énergétiques » de nos cellules, qui produisent de l'énergie sous forme d'ATP (ou adénosine triphosphate) en utilisant à la fois l'oxygène apporté par la respiration et les molécules issues de l'alimentation. Ce système n'est cependant pas parfait car il produit des dérivés toxiques en formant des radicaux libres. Les radicaux libres sont des espèces chimiques très instables capables d'oxyder les différents constituants de la cellule. Toutefois, des mécanismes de défense permettent à la cellule de les piéger ou de les transformer en substances inoffensives grâce à différentes enzymes. Ces systèmes de défense peuvent cependant être dépassés, ce qui entraîne des dommages oxydatifs. Ainsi la théorie du vieillissement par les radicaux libres postule que les radicaux libres, via les dommages oxydatifs, participeraient au déclin des fonctions au cours du vieillissement[151]. En accord avec cette hypothèse, un certain nombre de marqueurs du stress oxydant augmente avec l'âge, soutenant l'importance des mitochondries et du stress oxydant au cours de l'âge. Cependant cette théorie est âprement discutée suite à la parution de différents articles depuis 2009. Il a en effet été rapporté que l'accumulation de radicaux libres n'est pas toujours délétère pour la cellule et peut même être nécessaire pour transmettre des signaux physiologiques. Notre laboratoire a notamment montré qu'un stress modéré chez *C.elegans* entraîne la mise en place d'un programme d'adaptation qui *in fine* rend les vers plus résistants et allonge leur durée de vie. « Tout ce qui ne tue pas rend plus fort » disait Friedrich Nietzsche. Cet effet bénéfique de faible dose de stress est aussi appelé « hormesis » et montre que les effets d'un stress dépendent à la fois de sa dose et des capacités d'adaptation d'un individu[152].

Une conclusion importante est que la diminution du niveau de

[151] R. Barouki, « Ageing free radicals and cellular stress », *Med Sci* (Paris). 2006 Mar;22(3):266-72.

[152] E. Le Bourg, « Hormesis, aging and longevity », *Biochim Biophys Acta*. 2009 Oct;1790(10):1030-9.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

radicaux libres, notamment par la prise d'antioxydant, peut dans certains cas être plus délétère que bénéfique pour l'organisme. Ainsi l'accumulation de dommages oxydatifs participe certainement à notre vieillissement, cependant intervenir pour les réduire reste aujourd'hui délicat.

En dehors des mitochondries l'étude du contrôle génétique du vieillissement a permis de mettre à jour l'importance du contrôle qualité des protéines pour un vieillissement en bonne santé. Les gènes codent des protéines, qui adoptent une configuration tridimensionnelle déterminée. Ce repliement approprié est essentiel à leur bon fonctionnement. Un ensemble de facteurs contrôle non seulement le repliement des protéines mais protège aussi la cellule en séquestrant les protéines mal conformées. Un niveau élevé de protéines malformées peut s'avérer toxique en formant des agrégats qui interfèrent avec les différents constituant cellulaires. La cellule a développé plusieurs systèmes, lui permettant de faire le ménage afin de dégrader et recycler ces protéines devenues non fonctionnelle. Avec l'âge, l'organisme va avoir tendance à produire plus de protéines altérées suite à l'accumulation d'erreurs à différents niveaux de la chaîne de production : augmentation des mutations au hasard dans l'ADN, erreur de traduction (incorporation inappropriée d'acide aminés…), modifications oxydatives, glycation… Un repliement inapproprié et l'agrégation stable de protéines peut avoir un impact sur le repliement d'autres protéines et globalement inhiber l'ensemble du « système de nettoyage » par saturation. L'expression de protéines mal repliées est en effet une caractéristique commune à différentes maladies neurodégénératives, tels les agrégats d'alpha synucléine, de A beta amyloïde, de hungtingtine respectivement dans les maladies de Parkinson, d'Alzheimer ou encore Hungtington[153].

Plusieurs études ont montré que cet équilibre protéique est contrôlé par des gènes qui régulent la longévité et par la restriction alimentaire.

[153] A. Dillin, E. Cohen, « Ageing and protein aggregation-mediated disorders: from invertebrates to mammals », *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011 Jan 12;366(1561):94-8.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

## Quand les tissus ne se renouvellent plus : La sénescence sous le contrôle de la télomérase

Au début des années 60, Léonard Hayflick a montré que les cellules cultivées *in vitro* ne se divisent pas indéfiniment. En effet, dans les cellules en culture chaque division engendre un raccourcissement progressif des télomères (régions correspondant aux extrémités des chromosomes) qui finalement induit l'arrêt de la prolifération aussi appelée sénescence réplicative. Le raccourcissement des télomères s'observe dans la majorité des tissus avec l'âge et constituerait une horloge interne irréversible. Des travaux récents soutiennent ce modèle. L'inactivation de la télomérase chez la souris entraine une réduction de leur durée de vie associée au développement de certaines pathologies interprétées comme des signes de vieillissement car habituellement observées chez les souris contrôles plus âgées. De façon étonnante, le groupe de De Pinho a montré en 2011 que la réintroduction du gène de la télomérase dans ces souris est suffisante, même à un âge avancé pour supprimer les signes de l'âge et allonger l'espérance de vie. Ainsi l'horloge interne de ces souris serait réversible et on pourrait en introduisant la télomérase, « remonter le temps »[154].

Plusieurs études réalisées sur des populations humaines suggèrent qu'il existe bien un lien entre longueur des télomères et longévité, et l'importance de cette extrémité des chromosomes dans le maintien d'une vie en bonne santé a aussi été rapportée dans des études de populations de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Chez l'homme, une minorité de cellules exprime la télomérase à l'âge adulte : les cellules germinales et les cellules souches. Les cellules germinales sont à l'origine des gamètes, ovocytes et spermatozoïdes, qui sont produits pendant une grande partie de la vie adulte. Quant aux cellules souches, elles sont responsables du renouvellement régulier des tissus. En effet la plupart de nos organes contiennent à la fois des cellules spécialisées qui assurent leur fonction et des cellules souches. On peut alors imaginer que si on maintient l'expression de la télomérase dans tout l'organisme, cela devrait permettre un

[154] M. Jaskelioff, FL. Muller, JH. Paik, E. Thomas, S. Jiang, AC. Adams, A. Sahin, M. Kost-Alimova, A. Protopopov, J. Cadiñanos, JW. Horner, E. Maratos-Flier, RA. Depinho, « Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice », *Nature.* 2011 Jan 6;469(7328):102-6. Epub 2010 Nov 28.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

renouvellement constant des cellules et ainsi « rajeunir » nos organes. Cette expérience a été réalisée chez la souris en introduisant une copie supplémentaire du gène de la télomérase. Il s'est alors avéré qu'une expression élevée de la télomérase se soldait par une prolifération incontrôlée des cellules favorisant le développement de cancers.

En résumé, il apparaît raisonnable de postuler que la préservation d'un stock de cellules souches devrait permettre de maintenir la fonction des organes avec l'âge et prévenir les dysfonctionnements liés à l'âge. Cependant stimuler la multiplication cellulaire n'est pas sans conséquence car une prolifération illimitée est aussi une des caractéristiques premières des cellules cancéreuses.

Au cours de ces dernières décennies, les recherches sur la longévité ont mis en lumière le rôle prépondérant de protéines capables, à la fois, de détecter les changements dans la cellule tels que les dommages à l'ADN et aux différents constituants de la cellule, la disponibilité en nutriments, etc., et de transmettre l'information à d'autres molécules qui permettent à la cellule de répondre, selon la nature et la sévérité du stress, en s'adaptant, en réparant ou en mourant. Ainsi une manifestation fondamentale du vieillissement est un déclin global de la capacité à répondre de façon adéquate aux besoins requis en condition de stress, maintenant un équilibre physiologique. Tout comme l'entrainement est nécessaire au sportif pour améliorer ses performances, la capacité d'adaptation d'un organisme ne sera optimale que s'il est soumis à une petite dose de stress. Toute la difficulté de la recherche sur le vieillissement est de définir cette « petite dose » qui certainement dépend du parcours de vie d'un individu.

Le rôle de certains gènes et protéines dans la longévité des organismes modèles a encouragé les scientifiques à rechercher des molécules capables de mimer leurs effets. Il existe aujourd'hui des molécules qui ont été testées sur la levure, le ver, la mouche ou la souris, dont une au moins allonge la durée de vie même quand elle est donnée à un âge avancé. Chez l'homme, certaines ce ces molécules sont déjà utilisées comme anticancéreux et/ou dans le traitement du diabète lié à l'âge. Ainsi la poursuite des recherches visant à identifier de nouveaux gènes et molécules qui contrôlent la durée de vie des organismes modèles devrait permettre de développer de nouveaux médicaments pour soigner les maladies associées à l'âge.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Le vieillissement cérébral

*Christian Derouesné*
*Neurologue*
*Paris, La Salpêtrière*

L'élévation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population en rapport avec l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine accompagnent aujourd'hui la crainte du développement d'une dépendance psychique associée au vieillissement dont la maladie d'Alzheimer représente la principale cause. Une meilleure compréhension des modifications psychologiques associées au vieillissement comme celle des rapports entre le processus de vieillissement cérébral et la maladie d'Alzheimer constitue ainsi une clé essentielle pour l'accompagnement des personnes âgées.

## Le vieillissement cérébral

Le terme de vieillissement cérébral désigne les modifications structurelles et fonctionnelles du cerveau associées à l'avancée en âge, comme les modifications psychologiques, cognitives et affectives, qui les sous-tendent. La notion d'âge est toutefois interprétée différemment selon qu'elle est présentée comme une variable explicative spécifique ou une dimension sur laquelle s'inscrivent des variables causales internes (biologiques et psychologiques) et externes (sociales).

### *Vieillissement et modifications du cerveau*

Le cerveau, comme tous les organes, présente des modifications associées à l'avancée en âge qui lui sont propres, mais qui relèvent aussi du retentissement sur le cerveau des conséquences générales du vieillissement au plan circulatoire, métabolique et endocrinien. Les modifications cérébrales propres au processus de vieillissement sont bien étudiées chez l'animal, mais, chez l'homme, il est difficile de les séparer des pathologies associées à l'âge.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

La modification la plus anciennement connue est une diminution du volume cérébral chez les sujets âgés, notamment dans les lobes frontaux. Toutefois, le nombre des neurones est peu modifié chez les sujets indemnes de pathologies : en revanche, l'avancée en âge est associée à une diminution de l'appareil synaptique, notamment dans le cortex préfrontal. Des altérations de la substance blanche et des modifications des principaux neurotransmetteurs connus sont également décrites. L'altération du fonctionnement des lobes frontaux associée à l'âge est confirmée, in vivo, par les techniques d'imagerie fonctionnelle.

### *Vieillissement et modifications cognitives*

Le retentissement de l'avancée en âge sur le fonctionnement cognitif présente une grande hétérogénéité aussi bien au plan intra qu'inter individuel. Les modifications les plus étudiées concernent la mémoire. Elles concernent principalement la mémoire épisodique (les informations situées dans un contexte temporel et spatial précis : j'ai dîné chez Jacques, lundi dernier) et la mémoire de travail (capacité de retenir l'information le temps de son traitement : maintenir le numéro de téléphone pendant un appel). L'acquisition d'informations nouvelles en mémoire épisodique est diminuée : l'encodage nécessite un soutien plus grand, notamment au niveau du contexte. Lors de la restitution, les difficultés prédominent sur les informations qui nécessitent une forte demande des mécanismes de rappel (rappel libre, noms propres ou détails d'événements) comme en témoigne l'amélioration obtenue par les procédures qui facilitent les mécanismes de rappel (indiçage, reconnaissance). La mémoire de travail, selon le modèle le plus répandu, comprend deux systèmes de maintien en mémoire à court-terme (pour les informations auditives et les informations spatiales) qui sont épargnés par l'âge, et un système de traitement central qui assure la liaison avec les processus de la mémoire à long-terme et qui est, lui, sensible à l'âge. La mémoire sémantique (connaissances générales indépendantes du contexte spatio-temporel : Londres est la capitale du Royaume-Uni) et la mémoire procédurale (acquise et restituée uniquement dans l'action : sport, conduite automobile) sont préservées. En ce qui concerne le langage, les capacités lexicales sont respectées, mais leur utilisation passive est mieux préservée que leur utilisation active au cours de laquelle des difficultés sont observées pour le traitement des données rapides ou

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

complexes. Les capacités visio-spatiales sont également diminuées pour la manipulation et la transformation des données spatiales. Une diminution des performances intellectuelles est rapportée aussi bien pour les capacités de raisonnement inductif (complètement de séries) que déductif (syllogismes). Toutefois on ignore si ces résultats découlent d'un déclin des processus spécifiques ou d'une diminution de la mémoire de travail, car les capacités conceptuelles (pensée abstraite) sont préservées.

## Le retentissement clinique des modifications cérébrales liées à l'âge

La variabilité des modifications cliniques associées à l'âge est liée à des facteurs génétiques et éducationnels, mais aussi à l'existence de pathologies associées infra cliniques et à la variabilité des capacités psychologiques des sujets de s'adapter aux modifications associées à l'âge. Deux concepts peuvent aider à comprendre les différences observées chez les sujets confrontés au vieillissement cérébral.

Le premier est celui de ressources cérébrales : la notion de ressources cérébrales est un concept biologique qui désigne la différence entre le capital neuronal initial d'un sujet (déterminé génétiquement) et les pertes neuronales (ou synaptiques) qu'il a subies du fait du processus de vieillissement, mais aussi des processus pathologiques survenus à la naissance et au cours de la vie.

Le second concept est celui de ressources cognitives : c'est un concept de nature psychologique, car les ressources cognitives ne dépendent pas seulement des ressources cérébrales, mais également de facteurs éducationnels et sociaux. La notion de réserve cognitive exprime ainsi la variabilité des performances des sujets âgés face au vieillissement comme aux affections pathologiques : elle est fonction d'un élément structurel (le nombre de neurones) et fonctionnel (le nombre de synapses actives). La précocité et l'importance de l'expression clinique des modifications cérébrales dépendent ainsi de la capacité de cette réserve.

Il est nécessaire, toutefois, de tenir compte d'un troisième facteur : la capacité de mise en jeu des ressources cognitives. Cette capacité est sous la dépendance d'activateurs externes, représentés par les

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

demandes adressées par le milieu social, familial et professionnel, et d'activateurs internes qui font intervenir la motivation et les capacités attentionnelles, dans lesquelles interviennent l'anxiété ou des éléments dépressifs.

Deux autres facteurs jouent un rôle important au niveau psychique : la modification du sentiment d'identité et la diminution de l'estime de soi. Le sentiment d'identité est mis à l'épreuve chez les sujets âgés du fait des modifications de l'image corporelle, mais aussi des changements de rôle et de statut social. Ces éléments, comme les modifications des performances physiques, sensorielles et sexuelles, sont facilement vécues comme des pertes et provoquent une baisse de l'estime de soi. Il se développe ainsi une croyance négative du sujet vis-à-vis de ses capacités à réaliser une tâche (*self-efficacy*) qui l'empêche de s'engager dans les stratégies adaptées pour la résoudre. Tous ces éléments sont fonction de l'histoire du sujet, de sa personnalité, de ses mécanismes de défenses psychiques, mais aussi de son environnement social qui peut minimiser ou, à l'inverse, aggraver les difficultés.

## Vieillissement cérébral et maladie d'Alzheimer

Les relations entre le vieillissement cérébral et ce qu'il est convenu d'appeler maladie d'Alzheimer ont été, dès l'origine, un sujet de controverse. Les observations d'Alzheimer et de ses collaborateurs concernaient un tableau clinique qui s'écartait de celui de la démence sénile non seulement du fait de l'âge relativement jeune des sujets atteints (la cinquantaine), mais aussi de la présence de troubles du langage, des praxies et de la reconnaissance visuelle, troubles inhabituels dans la démence sénile. Alzheimer a rapporté ces observations à des lésions histopathologiques particulières du cerveau, les plaques appelées séniles (PS), car elles étaient présentes dans la démence sénile, et à une dégénérescence particulière des prolongements neuronaux, la dégénérescence neurofibrillaire (DNF). Alzheimer hésitait toutefois sur l'interprétation de ces observations : ou bien elles relevaient d'une maladie particulière, distincte de la démence sénile, ou bien elles ne représentaient qu'une forme atypique du processus sénile. Par la suite, les cliniciens ont longtemps considéré la maladie d'Alzheimer (MA), comme une démence présénile caractérisée par un syndrome aphaso-agnoso-apraxique, distincte de la démence sénile dominée

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

par des troubles de mémoire et un affaiblissement intellectuel global sans troubles instrumentaux. Ces distinctions ont été gommées à partir des années 60 au nom de la communauté des lésions cérébrales dans les deux affections et, depuis le début des années 80, la MA a été définie par une démence, c'est-à-dire l'association de plusieurs déficits cognitifs dominés par les troubles de la mémoire et d'intensité suffisante pour restreindre les activités de la vie quotidienne, et la présence de PS et de DNF dans le cortex cérébral. Cette description est aujourd'hui remise en cause dans son caractère unitaire et dans ses rapports avec le vieillissement cérébral.

### *Les arguments en faveur de l'intervention d'un processus pathologique spécifique*

C'est d'abord la constatation que si les processus de vieillissement cérébral sont observés chez tous les mammifères, aucun ne présente un tableau comparable à celui de la MA. Mais l'argument principal provient de la mise en évidence des formes génétiques de la maladie : ces formes très rares (de l'ordre de 1% des cas) surviennent chez des sujets jeunes et sont liées à des mutations géniques qui perturbent le métabolisme de la protéine amyloïde, entraînant le dépôt d'un fragment peptidique particulier au centre des PS. Ce peptide favoriserait la survenue de la dégénérescence neurofibrillaire et serait toxique pour les neurones. L'étude du métabolisme de la protéine amyloïde a été réalisée expérimentalement chez des souris transgéniques, chez lesquelles se constituent des dépôts d'amyloïde qui, toutefois, sont différentes des PS observées chez l'homme. Les recherches ont été ainsi centrées sur la mise au point d'une molécule susceptible de s'opposer au dépôt d'amyloïde et, plus récemment, d'un traitement immunologique (vaccin) qui permettrait également de dissoudre ces dépôts. Il ne s'agit toutefois que d'une théorie et beaucoup de points restent en discussion sur les mécanismes et la nature de ces dépôts, donc sur l'efficacité de ce type de thérapeutique. Depuis peu, l'intérêt s'est tourné vers l'étude de la dégénérescence neurofibrillaire, considérée par beaucoup comme responsable des symptômes cliniques.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

### *Le lien avec le processus de vieillissement cérébral*

Ce lien est attesté par l'épidémiologie qui montre une augmentation exponentielle de l'incidence de la MA avec l'âge : peu fréquente avant 65 ans, elle double tous les 5 ans à partir de 70 ans. Pour la majorité des auteurs, la MA est une maladie liée à l'âge, mais distincte du processus de vieillissement. Ainsi l'étude du cerveau de centenaires a montré que la présence de PS était loin d'être constante, à l'inverse de la DNF présente dans tous les cerveaux étudiés, notamment au niveau des régions hippocampiques. Ces éléments conduisent à émettre l'hypothèse que la DNF représenterait bien un processus lié au vieillissement alors que l'altération du métabolisme de l'amyloïde serait le témoin d'un processus spécifique qui faciliterait la DNF.

## La diversité de la maladie d'Alzheimer

Il est difficile aujourd'hui de maintenir le caractère unitaire de la maladie au plan pathologique comme au plan clinique.

Dans la forme habituelle de la MA, la prédominance des troubles de mémoire traduit l'atteinte initiale et dominante des régions hippocampiques, nécessaires à l'acquisition des informations nouvelles en mémoire épisodique (ce déficit de mémorisation se différencie des autres troubles de la mémoire qui sont liés à des perturbations des mécanismes de rappel, comme dans le vieillissement physiologique). La présence de PS et de DNF n'est pas spécifique de la MA et le diagnostic de MA repose sur une interprétation simplement statistique de la densité des lésions. Cette interprétation doit être remise en question. D'une part, la présence de DNF et de PS est observée chez des sujets n'ayant présenté aucune atteinte cognitive, même lorsque la densité des lésions est identique à celle qui est observée chez les sujets déments. D'autre part, l'examen du cerveau de certains patients présentant des tableaux cliniques évocateurs montre la présence de lésions dissociées : PS seules, sans DNF, ou l'inverse.

Un autre argument en faveur de la diversité de la maladie est que les lésions de type Alzheimer peuvent être cantonnées à une seule région cérébrale alors que l'atteinte des lésions hippocampiques est peu importante voire absente. Ces observations correspondent à des

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

patients qui avaient présenté des tableaux cliniques très différents, décrits comme « démences lobaires », fonction de la localisation des lésions.

La complexité de la vie psychique de l'homme explique les difficultés que rencontre l'étude des modifications associées à l'avancée en âge. La maladie d'Alzheimer, principale affection neurodégénérative associée à l'âge, est aujourd'hui mieux reconnue dans ses formes habituelles, notamment aux stades précoces, mais de nombreuses incertitudes planent sur le mécanisme des lésions, le caractère unitaire de la maladie et le lien entre les lésions cérébrales et les manifestations cliniques. L'espoir de la découverte d'un médicament « anti-Alzheimer » paraît ainsi bien fragile aujourd'hui.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Le soin gériatrique : quelle spécificité ?

*Brigitte Comte*
*Gériatre*
*Lyon*

Évoquer le soin en gériatrie pose question : quels soins ? Pour quelle finalité ? Comment ? La langue anglaise utilise deux verbes « to cure » et « to care » pour distinguer le soin pour guérir du prendre soin. Quant à l'objet de ce soin, il s'agit d'un vieillard stigmatisé par la société qui demande à la gérontologie de l'étudier, à la gériatrie de le prendre en charge et à des illusionnistes « de l'anti-aging » de l'empêcher de vieillir, alors que l'hyperspécialisation actuelle de la médecine conduit à n'envisager ce senior que comme une juxtaposition d'organes malades. Que faire alors de ces malades âgés qui révèlent par une chute une pathologie cardiaque, qui s'agitent parce qu'ils sont douloureux, dont l'infarctus du myocarde fait découvrir un saignement digestif et qui de plus sont souvent atteints de lésions diverses entravant la communication ?

La gériatrie représente le vaste champ des poly-pathologies intriquées et du poly-handicap physique, cognitif, psychologique conduisant, par paliers successifs, de la dépendance débutante à la grabatisation et au décès, au travers de phases alternantes de récupération-stabilisation et d'aggravation clinique. Le patient va vivre cette évolution selon son histoire de vie personnelle, son environnement socio-familial, ses croyances qui vont déterminer des situations cliniques très diverses où l'âge chronologique n'a que peu d'intérêt. Ainsi chaque situation est singulière. Nous aborderons successivement le cadre spatio-temporel du soin gériatrique, puis ses divers acteurs : le patient, sa famille, le soignant, le médecin et enfin l'interdisciplinarité indispensable face à la complexité de ce soin.

## Le cadre

Le cadre matériel de cette prise en charge devra être pris en compte car il est source d'interférences avec les acteurs du soin. Ce

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

sera d'abord le domicile, lieu de vie devenant progressivement lieu de soin, entrecoupé de passages dans ce que les textes réglementaires nomment la filière gériatrique hospitalière (consultations, hôpitaux de jour, médecine de court séjour, soins de suite et réadaptation). Lorsque le retour au domicile ne sera plus possible, l'institutionnalisation deviendra incontournable, en général par absence d'alternative, que ce soit en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou en Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Dans ces structures payantes, à la charge du patient et de sa famille, les équipes soignantes vont tenter de construire en complément du projet de soin un projet de vie selon le terme consacré ou plutôt un projet pour cette dernière étape de la vie.

Sur le plan temporel les repères sont également perturbés puisque le temps à vivre se raccourcit alors que le vieillard a besoin de plus en plus de temps pour s'adapter aux changements de la vie quotidienne. Le temps est aussi compté pour les aidants que ce soit au domicile ou à l'hôpital qui vit sous la contrainte de durées de séjour de plus en plus brèves et du manque de temps des soignants. Enfin la notion du temps est un concept de plus en plus flou pour les patients atteints de désafférentation sensorielle sévère ou de troubles des fonctions cognitives comme on les observe dans la maladie d'Alzheimer avec des difficultés de repérage dans le temps et l'espace.

## Les acteurs

Des spécificités s'identifient au niveau de chacun des acteurs de cette relation, confrontés individuellement au soin, qu'il s'agisse du patient, de sa famille ou du soignant.

*Le patient* est *singulier* ; ses pathologies sont souvent multiples, parfois génératrices de handicap, et il va aborder cette étape de sa vie selon sa propre perception de son parcours de vie, de son vécu. Le corps d'une part et l'histoire de vie d'autre part jouent un rôle déterminant. L'expression corporelle de la maladie est faussée et souvent exprimée par une perte des fonctions telle par exemple la perte de la marche en cas d'anémie. La plainte, le symptôme est souvent amoindri, ou banalisé, ou caché par négligence, par honte (chute), par méconnaissance (c'est normal, je suis vieux !) enfin par peur (de la maladie et de la mort). Lors de l'examen clinique, les modifications corporelles liées au

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vieillissement vont modifier les repères anatomiques et les séquelles de pathologies passées peuvent induire en erreur le clinicien par la persistance de signes mal interprétés et rendant plus complexe la démarche diagnostique. Enfin les atteintes neurosensorielles – à 80 ans, une personne âgée sur deux est malentendante – peuvent isoler le malade dans un monde désafférenté : sa perception faussée de l'environnement le rend inquiet et suspicieux de toute intrusion dans son périmètre et facilite l'émergence d'hallucinations ou de délires.

La survenue de la dépendance pour les gestes de la vie quotidienne met aussi le corps au centre de la relation soignante pour les soins de nursing. Ceux-ci ne peuvent se résumer à un simple geste technique exécuté avec brio dans un temps le plus court possible. L'intimité de la toilette ne peut pas laisser le soignant indifférent et son exécution va au-delà de la simple mesure d'hygiène et de prévention. D'ailleurs se développent pour les soignants les formations à la pratique du soin par le toucher.

Chez les patients présentant un syndrome démentiel évolué, quelle qu'en soit la cause, les fonctions cognitives sont sévèrement atteintes et en particulier le langage. Le corps est alors utilisé pour exprimer les besoins, les sentiments, les ressentis. Ce sont les cris, l'agitation psychomotrice, les coups, les agrippements au sein desquels il faut décrypter le message transmis. Les troubles du comportement vont exprimer ce qui ne peut pas être dit. Parfois au contraire ce sera l'absence d'expression, l'apathie, la passivité, la démotivation qui interpelleront l'aidant qui se sent seul dans cette absence de relation. Pourquoi arrache-t-il toujours sa perfusion ? Pourquoi sert-il les dents au moment du repas ? Pourquoi devient-elle agressive au moment de la toilette intime ? Pourquoi refuse-t-il les médicaments ? *Ces troubles associés aux difficultés de communication rendent nécessaire chez les soignants l'acquisition d'une compétence spécifique et une culture soignante de l'évaluation des comportements et du langage corporel.*

La connaissance de l'histoire de vie du malade ne peut être éliminée de cette démarche soignante visant à comprendre le malade et ses symptômes. Les événements de vie doivent être connus et pris en compte dans l'analyse et non pas négligés, comme par exemple la perte d'un proche « à cet âge » banalisée et ne méritant pas qu'on s'y arrête. Ce sont ces éléments qui constituent la singularité du malade. L'écoute du soignant, la possibilité pour le patient de raconter son histoire

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

est primordiale pour lui. Mais cette histoire de vie et son évocation, parfois marquée par la psychorigidité des vieillards, peuvent rendre la relation soignante plus ou moins distante selon le vécu exprimé par le malade, car elles sont sources soit d'empathie soit de rejet par le soignant confronté lui aussi à sa propre histoire et parfois renvoyé à des problématiques personnelles. *L'interdisciplinarité par la multiplicité des interlocuteurs trouve là toute sa pertinence.*

*La famille* confrontée à la maladie et la dépendance de l'aïeul va se trouver en état de crise, terrain propice aux incompréhensions et aux discordes. Mais quelle famille ? Le conjoint alors souvent lui-même déjà âgé voire également malade. Ou bien les enfants ou petits enfants eux-mêmes confrontés à leurs propres difficultés et souvent désemparés devant cette nécessité de devenir, par les décisions à prendre, les « parents de leur parent ».

La dépendance génère souvent des organisations familiales plus ou moins conscientes où se trouve désigné un « aidant ». Ce dernier, pour des motivations variables, peut passer d'un rôle de soutien dans la gestion du quotidien (courses, comptes, ménage) à un rôle de soignant prenant en charge les soins corporels, refusant parfois les aides professionnelles proposées au domicile. La gestion de ces aidants qui se trouvent dépossédés de leur rôle en cas d'hospitalisation est particulièrement complexe pour les équipes soignantes qui voient dans leur regard critique une remise en question de leur compétence. La culpabilité de laisser leur parent dans un hôpital gériatrique quand l'épuisement est là génère doléances et récriminations. De nombreuses études ont montré chez ces aidants l'impact négatif en terme de santé et l'évaluation de leur épuisement peut se mesurer par une échelle dite échelle *du fardeau* de Zarit.

À la tristesse devant une relation qui s'appauvrit et à l'échec du maintien à domicile peuvent s'ajouter des soucis financiers et matériels liés au coût de la prise en charge. Ces derniers sont sources d'ambivalence aboutissant soit à des demandes d'euthanasie soit à des demandes disproportionnées d'obstination. Face aux difficultés de communication du vieillard, parfois dans une attitude de refus, de rejet du soin, la famille tend à se substituer à lui dans l'expression des désirs de l'aïeul encore plus rejeté dans un rôle d'objet dont on ne tient plus compte.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

*Le soignant* en charge de ce malade et de son entourage est confronté à sa propre conception du soin et de ses missions. Dans une société marquée par la performance, le progrès et les résultats, comment valoriser le soin relationnel, la préservation de l'autonomie, la prise en compte des besoins psychiques et spirituels ? L'âge, le vécu du soignant feront écho aux demandes relationnelles de la personne âgée. Ce soignant devra faire preuve d'une grande adaptabilité face à un malade qui n'en a plus guère et qui va changer de projet en fonction de l'avancement de sa maladie. Le regard porté par le soignant sur le malade âgé va infléchir cette relation : est-ce un dément, un grabataire, un cancéreux ou un être humain, sujet et non pas objet de soin ?

La souffrance des soignants en gériatrie, souvent exprimée, s'ancre dans cette difficulté de rapprocher l'idéal soignant de la réalité quotidienne faite d'absence de guérison, de dépendance accrue malgré tous les efforts, de refus de soins interprétés comme un échec du dialogue et de réactions de défense mises en œuvre pour faire face aux troubles du comportement. Inversement, certaines pratiques ou traitements envers des patients manifestement en phase terminale, qui sont souvent superflus et inutiles, sont également sources de souffrance chez les soignants qui, eux-mêmes en difficultés, ne peuvent plus dispenser un soin de qualité. On trouve là le point de départ de situations de maltraitance. Le caractère irrationnel de la prise en compte des besoins psychiques et spirituels pèse dans la subjectivité de cette relation.

Quant *au médecin*, la déontologie stipule qu'il « doit toujours élaborer son diagnostic en s'aidant, dans la mesure du possible, des méthodes scientifiques les mieux adaptées » et « qu'il faut éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ». Face à une valorisation démesurée de la santé où la maladie est perçue comme un non sens, l'exercice de la médecine gériatrique doit rappeler que l'être humain continuera à être malade et à mourir et en cela son exercice est spécifique. À ceci s'ajoute dans de nombreux domaines l'absence de données validées de la science pour la prise en charge de certaines pathologies. Prendre en compte la fragilité du malade, obtenir le maximum d'arguments diagnostiques et pronostiques par des investigations générant le minimum d'inconvénients reposant principalement sur la dialogue avec lui, quand il est possible, permet *de définir ce qu'il est raisonnable de faire et de ne pas faire*. En bref, pour le médecin il faudra être prudent, raisonnable.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

## L'interdisciplinarité

Face à l'extrême complexité des interactions bio-psycho-sociales dans la genèse des présentations du vieillard malade, seul un abord interdisciplinaire du soin permettra une évaluation globale du malade, la mise en œuvre d'un plan d'intervention concerté et pertinent, adapté à l'état du patient, à ses désirs et à ses besoins. De nombreux professionnels aux compétences diverses interviennent successivement ou simultanément au cours du temps auprès de la personne âgée en fonction de ses besoins déterminés par l'évaluation multidimensionnelle de sa situation. De l'aide ménagère au domicile, des personnels soignants hospitaliers de tout grade, aux rééducateurs de toutes spécialités sans omettre psychologues et travailleurs sociaux, l'ensemble de ces professionnels est confronté individuellement à un sujet particulier et unique dans sa manière de vivre cette étape de sa vie. Ces intervenants multiples définissent la pluridisciplinarité qui deviendra interdisciplinarité lorsque les échanges entre ces professionnels contribueront à construire un plan d'intervention concerté pour ce patient et coordonné dans sa mise en œuvre.

L'interdisciplinarité qui est à la base du soin gériatrique repose sur cette juxtaposition de plusieurs disciplines apportant chacune leur compétence et sur des relations réciproques entre ces professionnels dans un cadre défini, la réunion d'équipe. C'est l'intensité des interactions entre les poly-pathologies du sujet âgé, le milieu de vie et le retentissement psychologique du vieillissement qui rend spécifique cette interdisciplinarité qu'on peut retrouver à un moindre degré dans d'autres spécialités médicales. La complexité des situations à gérer et l'abord global du patient rendent nécessaires la confrontation des évaluations de chaque partenaire et des points de vues, pour prendre les décisions. Cette interdisciplinarité, pour être efficiente, doit permettre le partage de données recueillies par chacun des professionnels. Face au patient âgé et à sa famille, chacun aborde le malade avec ses compétences mais aussi une part de subjectivité, variable d'un soignant à l'autre. La réunion permettra le passage de l'observation individuelle à l'interprétation commune de la situation.

Les *réunions d'équipe* permettent le plus souvent, par l'expression de chacun, d'aboutir à une prise de décision où le consentement du malade doit être recherché, exprimé et respecté. Les décisions

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

donnant un sens au soin expriment les valeurs partagées de l'équipe. Ceci est d'autant plus nécessaire que malgré l'émergence croissante en gériatrie de recommandations, consensus, avis d'expert, il y a encore des domaines où le clinicien progresse à l'aveugle en l'absence de données validées de la science. Mais de toute façon, ces bases scientifiques aussi évidentes soient-elles, devront toujours être adoptées à la singularité du patient. La référence aux notions d'injustice (refus d'examen sur un critère d'âge), d'iniquité (soins excessifs requis par une seule personne), de courage (sous la pression des familles) ou d'honnêteté en fait aussi un lieu de réflexion éthique. La décision finale, dans ces réunions d'équipe, sera néanmoins prise par un professionnel qui en assumera la responsabilité. Ces réunions sont le garant d'un soin de qualité qui préserve aussi la souffrance des soignants.

Ainsi, le soin gériatrique confronté à la singularité de chaque malade requiert des compétences spécifiques telle que par exemple la compréhension du langage corporel, la reconnaissance d'une part de subjectivité dans la relation conduisant à une décision prise idéalement en équipe et reposant avant tout sur la raison et le bon sens. N'est-il pas alors le meilleur frein à la médicalisation excessive de chacune des étapes de la vie en rappelant les limites de la médecine ?

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Société et droit

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Les déterminants sociopolitiques de la vieillesse

*Christophe Capuano*
*Historien*
*Lyon II*

Lors de la canicule de l'été 2003 qui a fait en France 14 802 morts, dont en grande majorité des personnes âgées, de nombreuses voix se sont élevées pour dénoncer l'abandon des vieux par leur famille. Ceux-ci seraient morts dans l'isolement et la solitude faute d'attention accordée par leurs proches, accusés d'égoïsme[155]. Or cette représentation, renforcée au cours du second vingtième siècle par l'augmentation du nombre de femmes âgées vivant seules[156], a la vie dure. Elle dissimule cependant une réalité à la fois plurielle et plus complexe : le vieillissement en meilleure santé permettant de vivre plus longtemps sans assistance[157], le développement de l'aide à domicile, l'amélioration des conditions de logements mais aussi la transformation et la diversification des formes de soutien fourni par les familles.

Cette contribution entend d'abord éclairer comment la place de la vieillesse a été maintenue au sein de la famille par une pluralité des formes de prise en charge familiale depuis 1945. Les évolutions de celles-ci, longtemps invisibles, ont pu accréditer la thèse d'une distension des liens familiaux liés à la vie urbaine, aux transformations de la famille, à la montée de l'individualisme et aux transformations socio-économiques du monde contemporain. Plusieurs études de l'après-guerre, dont celles du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques en 1961 annoncent ainsi que « l'évolution des structures familiales n'est plus compatible avec la cohabitation permanente des générations »[158]. Nous

[155] Quelques mois après la canicule, le 25 novembre 2003, une enquête de l'Institut national de veille sanitaire prouve qu'en réalité près des deux tiers des victimes de la canicule ne vivaient plus à domicile (63%-65% exactement).

[156] Entre 1975 et 1982, par exemple, la proportion des femmes âgées de 75 ans vivant seules passe de 40,6% à 44,9%.

[157] Patrice Bourdelais, *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1993, 366-367.

[158] Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, « La

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

montrerons comment ces prises en charge se sont en fait diversifiées, abandonnant progressivement le modèle traditionnel de l'aide dans le cadre d'une cohabitation inter-générationnelle – même si celle-ci se maintient sous des formes renouvelées – pour d'autres modes de relations et de soutien. Peu ou mal appréhendées en France par les pouvoirs publics, ces aides familiales en évolution n'ont pendant longtemps bénéficié d'aucun accompagnement de dispositifs publics. Nous analyserons ainsi la façon dont la famille a ou non été prise en compte – et selon quels biais le cas échéant – par les acteurs publics et parapublics pour mettre en œuvre leurs politiques de maintien à domicile des personnes âgées et de prise en charge de la dépendance. Nous étudierons aussi combien certaines questions – liées aux rôles, aux obligations et aux responsabilités attribuées aux familles – restent particulièrement difficiles à trancher. Il en est ainsi de la répartition entre les solidarités publiques et les solidarités privées en matière d'obligations légales et financières vis-à-vis des personnes âgées dépendantes, de l'articulation entre aidants professionnels et aidants familiaux mais aussi de la primauté à l'équité ou à l'efficacité pour l'attribution de l'aide à domicile.

## Le maintien de la vieillesse au sein de la famille

### *La diversification des formes de prise en charge familiale de la vieillesse*

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le modèle de l'aide familiale à la personne âgée dans le cadre d'une cohabitation intergénérationnelle reste très répandu (en 1954, 24% des personnes âgées vivent avec leurs familles) ; la survie des grands parents constituant surtout le fait marquant par rapport aux siècles précédents[159]. Très prégnant dans le monde rural où les résidences sont assez vastes – surtout dans le sud-ouest où coexistent des structures plurifamiliales sous le même toit –, ce système s'inscrit

vieillesse. Problème d'aujourd'hui », *Convergence*s, Spes, 1961 et J. M. Arnion, « La société et les vieillards. De la gérontocratie à l'aide aux vieillards » in « La vieillesse. Problème d'aujourd'hui », *op. cit.*, 308. voir aussi M. Willem, « Les vieillards dans leur famille », *Revue informations sociales*, 1953, 6, 333.

[159] L'espérance de vie qui, en 1900 était de 45,3 ans pour les hommes et de 48,7 ans pour les femmes, est passée, en 1957, respectivement à 65,3 ans et à 72,1 ans.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

dans le transfert de l'exploitation agricole des parents aux enfants qui prennent par la suite à leur charge leurs ascendants âgés, parfois en contrepartie de services ou de menues rétributions. Ce système décline progressivement avec l'essor de l'exode rural – plus tardif en France, avec le maintien des petites et moyennes exploitations, que dans les autres pays d'Europe – durant les années 1950-1960[160], entraînant un vieillissement de la population agricole[161] et une hausse du nombre de vieux ruraux vivant seuls.

En ville, la cohabitation intergénérationnelle reste assez importante jusqu'au début des années 1960, en raison notamment de la crise du logement qui contraint des jeunes adultes à vivre avec leurs ascendants âgés. Ainsi la pénurie de logements fait souvent obstacle à la volonté des jeunes gens d'avoir leur propre habitation, parfois même lorsqu'ils sont mariés. À l'inverse, les conditions de logement, souvent très mauvaises des personnes âgées, conduisent leurs enfants à les recueillir. Mais la taille des logements, le mode de vie urbain, le salariat – en particulier des femmes qui accèdent massivement au marché du travail à partir des années 1960 – ne facilitent pas ce type de cohabitation. En outre, de nombreuses enquêtes montrent qu'ascendants âgés et descendants citadins aspirent souvent à vivre et se loger de manière autonome dès que cela est possible. À partir des années 1960, de nouveaux facteurs permettent aux personnes âgées, qui auparavant rejoignaient le foyer de leurs enfants au moment du veuvage, de vivre désormais seules : le vieillissement en meilleure santé (jusqu'à 75 ans au moins), l'augmentation des prestations et la diffusion de l'aide à domicile sur lesquelles nous reviendrons, mais aussi l'amélioration des conditions de logements. Ces dernières progressent très vite : ainsi en 1975, 26% des ménages dont le chef a au moins 75 ans dispose à la fois d'installations sanitaires, de WC et du chauffage central, 22% ont le téléphone. En 1982, ces proportions sont respectivement de 41% et 68%[162]. Cette même année, la France compte 2,65 millions de personnes vivant seules de 65 ans ou plus, au lieu de 1,76 millions en 1962.

[160] De 1954 à 1982, la population rurale est passée de 42 à 27% de la population française, 26% des actifs travaillaient dans l'agriculture, ils ne sont plus que 7% au milieu des années 1980 ; à la fin des années 1950 et jusqu'en 1970, l'agriculture perd 160 000 emplois par an.

[161] Près de la moitié des agriculteurs ont 50 ans ou plus au milieu des années 1980.

[162] Cela s'accompagne d'une politique de rénovation des logements (10 000 logements sont par exemple rénovés en 1982).

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

À partir des années 1950, et surtout des années 1960, l'aide familiale aux ascendants âgés s'inscrit dans de nouveaux cadres relationnels. À la cohabitation, on préfère les visites régulières et/ou l'habitat de proximité. En 1954 déjà, 19% des personnes âgées citadines vivant seules et 23% de celles vivant en couple (hors cohabitation) voient un membre de leur famille tous les jours (les ¾ habitent à proximité de cette famille). Au début des années 1970, la majorité des retraités ayant des enfants vit à proximité d'eux (73%) et, parmi celle-ci, 37% les voient tous les jours[163]. Plus les personnes sont âgées, plus elles sont nombreuses à vivre à proximité de leurs enfants (84% pour les plus de 80 ans) et à les voir de manière quotidienne (50%)[164]. Beaucoup de familles préfèrent habiter dans un même quartier, voire un même immeuble, plutôt qu'un même logement. Cela permet au parent âgé d'éviter l'isolement et de concilier de nombreux avantages de la cohabitation – secours et aides mutuels, relations familiales facilitées, participation à un noyau affectif – sans en subir les inconvénients – comme les conflits de génération ou le manque d'indépendance[165]. Même le changement de domicile au moment de la retraite n'entraîne pas un éloignement des enfants, mais au contraire constitue souvent l'occasion de s'en rapprocher. Ainsi en 1972, 37% des parisiens retraités partis s'installer en province, voient un de leurs enfants au moins une fois par semaine[166]. Plus généralement, les études insistent alors sur la fréquence de ces contacts liée à la fois à la proximité et au nombre des enfants[167].

À partir des années 1970, c'est aussi une forme renouvelée de la cohabitation qui se développe, une reco-habitation d'assistance pour des personnes du quatrième âge en perte d'autonomie. Les enfants

163 Claudette Collot, *Habitat et 3ème âge*, rapport d'étude pour le ministère de l'Equipement, in DIG, n°13, juillet 1970 ; Claudette Collot, *Les personnes âgées dans leur ville*, centre international de gérontologie sociale, 1972.

164 *Ibid.*

165 Pour qualifier ce phénomène, Léopold Rosenmayr parle d'« intimité à distance ».

166 Françoise Cribier, *Les retraités parisiens et leurs enfants*, *Gérontologie*, 30, 1989, 20-31 ; *Les personnes âgés et leurs enfants*, Données sociales, Ile de France, 1989 ; Françoise Cribier, *La cohabitation au temps de la retraite*, Recherche pour le ministère de l'Equipement, du Logement, des Transports et de la Mer, Direction de la construction, 1989 ; Françoise Cribier, « Les vieux Parents et leurs enfants, une génération de parents parisiens quinze ans après la retraite », *Gérontologie et société*, 48, 1989, 35-50.

167 Louis Roussel, *La famille après le mariage des enfants*, Paris, PUF, 1976, 67.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

prennent désormais en charge plus tardivement qu'auparavant leurs parents âgés à leur domicile, au moment où ceux-ci ne parviennent plus à se déplacer et/ou assumer seuls les tâches du quotidien. Ainsi en 1975, 44% des veuves de 85 ans et plus cohabitent avec leurs enfants. Cette tendance reste élevée les décennies suivantes. En 1986, 21% des personnes enquêtées ont dans leur famille un parent âgé qui ne peut vivre seul en raison de la solitude (30%) ou de la perte d'autonomie (70%) ; parmi ceux-ci 46% de ses proches lui offrent un hébergement familial et 29% l'aident par des visites régulières[168]. De même, une enquête de la Lyonnaise des Eaux réalisée en 1991 révèle ainsi que 44% des personnes interrogées se déclarent prêtes à héberger leurs parents âgés (contre 42% qui cherchent un hébergement collectif).

### *Une représentation erronée : le rejet de la vieillesse par la famille*

L'évolution et la diversification des modes de relations entre descendants et ascendants âgés rendent beaucoup moins visibles les liens entretenus par la famille et l'aide fournie par l'entourage. Jusqu'aux années 1970, voire aux années 1980 dans certaines études, sont mises en avant surtout les statistiques révélant la baisse de la cohabitation intergénérationnelle et l'augmentation de la part des personnes âgées résidant seules. Ces études, qui ignorent les autres membres de la parentèle ne résidant pas sous le même toit, montrent ainsi que la part des personnes âgées de 60 ans et plus vivant avec des proches (sans faire partie d'un couple) est plus importante que celle des vieux résidant seuls en 1962 (22% contre 21%). Vingt ans plus tard, ce sont les personnes seules qui sont deux fois plus nombreuses que celles vivant avec des proches (26% contre 13%). Certains chercheurs insistent sur les risques d'isolement des personnes âgées[169] et interprètent la baisse de la cohabitation comme un délitement des liens familiaux.

Cette lecture est confortée par l'analyse fonctionnaliste développée à partir des années 1950 par la sociologie de la famille, d'abord dans

[168] Enquête de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

[169] Pierre-Alain Audirac, *Les personnes âgées : de la vie de famille à l'isolement*, Insee, 1982. Département Population de l'INSEE. Pierre-Alain Audirac, « Le cloisonnement des générations s'accentue », *Familles et vieillissement*, Actes du colloque Royaumont-Paris (12-15 novembre 1985), 1986, 13-16.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

la sphère anglo-saxonne[170] puis en France : la modernisation sociale (industrialisation, urbanisation, développement du marché) aurait entraîné des transformations dans les fonctions de la famille. En matière de solidarités intergénérationnelles, ces évolutions auraient ainsi eu pour conséquence la disparition de la fonction protectrice de la famille et un « relâchement des liens familiaux », relâchement lui-même accentué par le développement de la protection sociale qui déresponsabiliserait les familles[171]. Dans le même temps, les militants de l'idéologie familialiste – notamment issus de l'Alliance nationale pour la vitalité française ou de l'Union nationale des associations familiales[172] – dénoncent une société de plus en plus individualiste et rappellent les familles au devoir moral d'aide à leurs ascendants, devoir qu'elles auraient désormais délaissé. Pour certains internes hospitaliers, la hausse de la part des vieillards entrant dans les hôpitaux durant les vacances illustrent de manière archétypale cet état d'esprit : c'est le « syndrome de la canne à pêche » ! Lorsque l'on conduit un vieillard à l'hôpital, la famille avec la canne à pêche attendrait au coin de la rue. Si cette légende voulant que les proches se débarrassent de leurs vieux durant l'été n'a aucun fondement – l'entrée en institution correspond en grande majorité à une dégradation de l'état de santé de la personne âgée –, elle n'en reste pas moins très prégnante chez certains internes et une partie de l'opinion.

Durant les années 1980, c'est un ancien ministre de la Santé et de la Famille (de 1986 à 1988), Michèle Barzach, qui porte le discours sur l'abandon des vieux par leurs proches. Dans *Le paravent des égoïsmes* (Odile Jacob, 1989), celle-ci défend une vision idéologique d'un supposé déclin des solidarités, dénonçant un « égoïsme collectif, qui nous mène à un lent dépérissement de la population, et [un] égoïsme individuel qui, au nom de la solidarité nationale, nous dispense de regarder autour de nous »[173]. Elle condamne également une prétendue fin de la cohabitation avec les parents âgés qui n'aurait pas été remplacée par « d'autres formes de solidarité », ce qui aurait « favorisé l'exclusion

[170] T. Parsons et R-F Bales, *Family, socialization and interaction process*, Glencoe, The Free Press, 1955.

[171] Jean-René Tréanton (CNRS), « Les vieillards dans la famille. Une étude sociologique » *L'École des parents*, 6, 1959, 4.

[172] Cette idéologie est par exemple promue lors des « journées régionales d'études pour l'amélioration du sort des personnes âgées à Lille et Tourcoing » en novembre 1952.

[173] Michèle Barzach, *Le paravent des égoïsmes*, *op. cit.*, 179.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

des personnes âgées, l'amélioration de leur situation matérielle ne suffisant pas à compenser leur isolement »[174]. Ce discours fait écho aux craintes, dans la société, d'une destruction de la famille traditionnelle et incarne une conception pessimiste des évolutions des structures familiales depuis les années 1960. Cette position idéologique, réactivée lors de la canicule de 2003, a aussi longtemps marqué la construction des politiques publiques.

## Paradoxes et insuffisances des politiques publiques de la vieillesse

### *Les responsabilités des familles vis-à-vis de la vieillesse : des obligations imposées ou assumées ?*

En France, tout le poids de l'entretien des vieux parents repose sur les enfants au titre de l'obligation alimentaire (Code civil, 1804). Ces charges d'entretien incombant à la famille, celles-ci ne doivent pas en France, par principe, être supportées par la collectivité. Cette obligation légale double donc une injonction morale à aider ses ascendants. Or, contrairement aux représentations véhiculées sur ces familles, celles-ci ne fuient pas leur rôle et constituent, tout le long du second vingtième siècle, d'importants fournisseurs d'aides financières, matérielles, ménagères et de soins aux personnes âgées.

Dans l'après-guerre, l'aide financière et matérielle des enfants à leurs vieux parents est parfois nécessaire, voire indispensable pour leur éviter de vivre dans la grande pauvreté, en raison de l'insuffisance du montant et du nombre de prestations prévues au moment de la retraite (allocations aux vieux travailleurs salariés, pensions diverses, pensions de réversion, secours viagers). Depuis 1905, existe pour les plus démunis une allocation d'assistance publique devenue aide sociale en 1953, destinée aux vieillards, infirmes et incurables. Les vieux parents aux revenus modestes peuvent aussi toucher depuis 1956 l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité vieillesse (FNS) – ce qui permet d'assurer un « minimum vieillesse » – mais dans ce cas, la loi prévoit une récupération sur succession après décès. Quant aux enfants qui accueillent leurs parents à domicile, des études montrent qu'ils subissent alors une très forte baisse de leur niveau de

[174] *Ibid*, 257.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

vie (de l'ordre de 38% dans les années 1950)[175]. En outre, les charges du loyer ne sont pas compensées, les familles hébergeant un proche âgé ne pouvant toucher l'allocation logement – prestation pourtant distribuée pour charges familiales. Quant aux personnes âgées hébergées, elles ne peuvent bénéficier (ou faire bénéficier au proche qui l'héberge) de l'allocation compensatrice des augmentations de loyer, mesure d'assistance réservée aux personnes seules. Pourtant la présence d'une personne âgée au foyer nécessite souvent une chambre supplémentaire, donc des prix plus élevés de loyer ainsi que des dépenses de chauffage très importantes[176]. De même, en matière fiscale, les proches qui prennent en charge un parent âgé ne profitent pas de déductions fiscales**.** Jusqu'en 1954, rien n'est prévu sinon la possibilité de déduire des revenus une somme forfaitaire d'un montant très faible. Après 1954, les conditions sont à peine assouplies : une femme seule peut bénéficier du « quotient familial » lorsqu'elle héberge un ascendant à sa charge, à la condition que son revenu imposable soit très limité[177].

Les familles fournissent également une aide ménagère substantielle aux personnes âgées. En 1963, un tiers des hommes âgés seuls et un peu moins d'un quart des femmes bénéficient d'une aide ménagère (elles sont plus de la moitié à en bénéficier après 80 ans), assurée pour l'essentiel par la famille[178]. Celle-ci est aussi l'une des principales pourvoyeuses de services auprès de ses ascendants. Enfin, dans un cas sur trois, c'est la famille ou l'entourage qui assure les soins au proche âgé durant les années 1960[179]. La situation est particulièrement difficile quand un vieillard, malade chronique, réside au domicile de ses enfants : aucun dispositif officiel (même s'il peut exister des initiatives municipales ou privées) n'est prévu pour prendre en charge la personne âgée quelques jours, voire une journée dans un hôpital de jour, et permettre à l'entourage de souffler ou de prendre un peu de vacances.

---

[175] Jeanne Vannier, « Recherches sur les niveaux de vie des personnes âgées », in *L'hôpital et l'aide sociale à Paris*, 1960, 2, 273.

[176] Jeanne Vannier, « La lettre et l'esprit », in *Vieillesse et vie. Campagne 1959-1960***,** Secours catholique, 1959.

[177] Le salaire ne doit pas dépasser 6 000 francs (y compris le revenu imposable de la personne à charge qui, lui doit être inférieur à 1 400 Francs).

[178] Paul Paillat (dir.), *Conditions de vie et besoins des personnes âgées en France, Les citadins âgés*, INED, travaux et documents, cahier n°52, PUF, 1963.

[179] *Ibid.*

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

### *Une politique publique orientée vers des objectifs sociaux : replacer la vieillesse au sein de la société*

Des années 1960 jusqu'aux années 1990, la politique publique a pour priorité la lutte contre l'exclusion sociale de la vieillesse. La première moitié du vingtième siècle a en effet été marquée par une très forte hausse des entrées en hospices, pour des raisons davantage économiques et sociales que sanitaires[180]. À la suite du rapport établi par la Commission d'études des problèmes de la vieillesse (1962) présidée par Pierre Laroque, il est décidé de redonner à la vieillesse sa place au sein de la société. Pour cela, les objectifs sont le maintien au domicile et l'autonomie financière de la personne âgée par une série de dispositifs publics (réfections et constructions de logements, développement de l'aide à domicile, etc.) et un relèvement des prestations. Le public prioritaire est constitué par les personnes âgées relevant du troisième âge, et bénéficiant d'un allongement de leur vie en bonne santé. Imprégnée par la représentation selon laquelle les personnes âgées seraient de plus en plus délaissées par leur famille, cette politique cible les personnes vivant seules – sans prendre en compte l'apport ou le soutien familial. Ce sont ainsi uniquement ces personnes seules (ou en couple) qui peuvent bénéficier d'une aide ménagère ou d'avantages divers (exonération de la redevance audiovisuelle par exemple). Considérées comme des victimes de l'isolement social, elles font aussi l'objet d'une série de mesures visant à les sociabiliser (distribution de repas dans des foyers-restaurants réservés aux vieillards, participations à des clubs du troisième âge, etc.).

Or cette politique se heurte à une double limite. Elle se révèle d'abord incapable atteindre les objectifs ambitieux affichés tant en matière de réfection et de création de logements adaptés aux personnes âgées qu'en ce qui concerne le développement de l'aide à domicile. Ensuite, son encouragement à vivre seul dans un logement – construit parfois loin de son entourage familial – entraîne d'importants problèmes au moment de la grande vieillesse et de la perte d'autonomie. Cette difficulté tient en grande partie à l'absence de reconnaissance par les pouvoirs publics français des solidarités familiales pourtant maintenues durant cette période.

[180] Elise Feller, « L'hospice des vieux (1900-1970). De la construction à l'écroulement d'un idéal de prise en charge de la vieillesse » in Françoise Cribier et Elise Feller (dir.), « Regards croisés sur la protection sociale de la vieillesse », *Cahiers d'histoire de la Sécurité sociale*, 1, 2005, 43-82.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

### *Une nouvelle orientation politique : inciter la famille à soutenir la grande vieillesse dépendante*

Les efforts des familles aidantes sont progressivement soutenus par les pouvoirs publics, au fur et à mesure de leur nouvel intérêt pour l'accompagnement familial de la grande vieillesse. Au début des années 1970, pour la première fois, une aide à la « famille soignante » accueillant un proche âgé est ainsi demandé par un groupe officiel d'experts[181]. Cela se traduit par la loi du 16 juillet 1971, complétée par l'article 12 de la loi du 3 janvier 1972, permettant aux familles qui hébergent parent âgé de bénéficier d'une allocation de logement à caractère familial. Cette mesure reste cependant trop isolée et limitée pour constituer un véritable soutien. Cette question prend une nouvelle dimension avec les progrès de l'allongement de la durée de vie, plus rapides que ceux du vieillissement en bonne santé. Le risque de dépendance des personnes très âgées, défini et analysé par les gériatres dans les années 1970, est donc susceptible de toucher une part croissante de la population. Les experts qui se penchent sur le cas spécifique des personnes âgées dépendantes soulignent désormais la nécessité de « maintenir la personne âgée dépendante chez elle, dans son entourage, aussi longtemps que cela est possible »[182]. Cet objectif tient à des facteurs psychologiques – le souhait de la personne âgée de rester dans ses meubles – mais aussi matériels et financiers : l'impossibilité pour la solidarité publique de prendre en charge les coûts de la dépendance tant à domicile (financement de l'aide et de soins à domicile) qu'en instituts spécialisés.

Dans ce contexte, la famille doit jouer un rôle central pour soutenir et aider un ascendant dépendant. « Or, [comme le souligne le premier rapport consacré à cette question] tout est fait pour la décourager. Les enfants qui accueillent leurs parents dépendants sont condamnés à ne prendre ni repos ni vacances. Ceux qui vont vivre chez les parents pour les aider sont dans le même cas. En outre, il n'est pas rare que des enfants septuagénaires, veillant sur des infirmes nonagénaires, voient leur vie transformée en enfer »[183]. On utilise désormais la notion de « fardeau » pour qualifier le poids que représente l'entretien

[181] Intergroupe personnes âgées présidé par Madame Questiaux. (Rapport des commissions du 6ème plan, La Documentation française, Personnes âgées).
[182] Maurice Arrecks, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées*, 1979.
[183] *Ibid*.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

d'un proche dépendant par son entourage. D'autres rapports officiels dénoncent « l'obligation légale de solitude de la personne âgée » exigée pour accéder à un certain nombre d'aides comme l'aide ménagère professionnelle à domicile[184]. Quant à la famille aidante, la présence d'une personne âgée dépendante au foyer n'est toujours pas prise en compte ; que ce soit pour le financement de travaux d'amélioration de l'habitat ou pour l'attribution de logements sociaux.

À la fin des années 1980, un nouveau rapport officiel[185] met en évidence le retard français dans l'accompagnement aux familles aidantes par rapport aux pays anglo-saxons et d'Europe du Nord (Angleterre, Pays-Bas, Hollande) où le soutien prend des formes variées : aides au répit (possibilités d'hébergement pour une journée, un week-end, ou des périodes de vacances, envoi de gardes temporaires à domicile), ou prestations en espèces accordées à celui qui aide un parent âgé (allocations, exonérations de cotisations sociales…)[186]. Dans ces pays où, comme en France, 75% des personnes âgées dépendantes vivent à domicile, ces mesures font suite à une réflexion sur la population des aidants – appuyée sur des enquêtes, inexistantes en France – et visent à ne pas décourager l'aide familiale au profit d'une demande en hébergement.

Malgré ces rapports, la loi sur l'accueil familial du 10 juillet 1989 n'inverse pas la tendance, bien au contraire. Cette loi fixe les conditions du placement de personnes âgées dans des familles d'accueil : seules les familles nourricières peuvent percevoir une rémunération, en revanche rien n'est prévu pour les familles « naturelles » des personnes âgées qui les hébergeraient à leur domicile. Ces dernières restent suspectes auprès de certains acteurs politiques, de vouloir « se décharger de leurs obligations sur l'aide sociale »[187]. On craint

184 Rapport de la commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes, 1987.

185 Pierre Schopflin, *Dépendance et solidarité : mieux aider les personnes âgées, Rapport de la commission sur les personnes âgées*, La Documentation française, 10ème plan, 1989-1992.

186 La politique française contraste alors avec le programme global en faveur des aidants mis en œuvre dans le Royaume-Uni (cf. *Caring for people, Community Care in the Next Decade and Beyond*, 1989 and the National Health Service Community Act of 1990).

187 A. Jourdain, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à la création d'une allocation pour les situations de dépendance résultant d'un état de sénescence, n°78, Sénat, séance du 14 novembre 1990, 6.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

encore qu'un développement des solidarités publiques n'entraîne un recul des solidarités familiales. En matière financière, la création la Prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 n'apparaît pas plus favorable aux familles : la perception de celle-ci est récupérable sur les successions et grève donc par conséquent le patrimoine transmis à l'entourage. C'est avec l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), remplaçant la PSD en 2002, qu'il y a une véritable rupture en matière de politique publique. Désormais, cette prestation est allouée de manière universelle et sans contrepartie financière : le droit à cette prestation est uniquement lié au niveau de dépendance et non aux ressources des personnes âgées, même si son montant est modulé en fonction de celles-ci et les sommes versées au titre de l'APA ne sont pas récupérables sur l'héritage de la personne[188]. Cette nouvelle prestation, adaptée à la personne dépendante, facilite les solidarités et relations familiales. D'autres mesures favorisant le soutien des proches à une personne en perte d'autonomie sont adoptées au cours des années 2000 : développement de centres de jour pour le répit des aidants, possibilité de congés (non rémunérés) pour accompagner un proche en fin de vie, etc. Enfin, le 6 octobre 2010, une première journée nationale des aidants familiaux (estimés aujourd'hui à 3,5 millions de personnes) est instaurée par le Secrétariat d'État chargé des aînés.

### *Équité ou efficacité, quel principe prioritaire dans l'attribution de l'aide à domicile ?*

Jusqu'aux années 1980, c'est un principe d'équité qui a présidé à l'attribution de l'aide à domicile. Au nom de celui-ci, on accorde des aides professionnelles prioritairement aux personnes âgées vivant seules et cumulant plusieurs handicaps sociaux et sanitaires. L'aide ménagère dont le développement est fortement encouragé par les pouvoirs publics depuis les années 1960[189] connaît alors une très forte croissance. Ainsi de 1960 à 1984, le nombre d'heures[190] passe de 18,4 à 72 millions, le nombre de bénéficiaires de 115 à 500 000 et le montant de la dépense de 1,7 à 5 milliards de francs. Pourtant cette

[188] Thomas Frinault, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR, 2009.

[189] La profession d'aide ménagère est créée à la suite du rapport de la commission Laroque (1962).

[190] Toutes prises en charges confondues, aide sociale, caisse de retraite, participation des usagers.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

aide ménagère reste insuffisante pour répondre aux besoins de la vieillesse en perte d'autonomie – ce que souligne le rapport Schopflin à la fin des années 1980[191]. Le problème vient du nombre d'heures maximales attribuées en matière d'aide ménagère : 30 heures par mois pour une personne isolées et 45 heures mensuelles pour un couple. Ces heures maximales sont rarement demandées au moment de la prise en charge, en revanche au moment de la grande vieillesse et de la perte d'autonomie, elles ne satisfont plus les besoins de la personne âgée dépendante. En outre, l'aide ménagère professionnelle se heurte aux difficultés de recrutement en personnel. Ainsi, malgré le développement de celui-ci, le nombre de travailleuses familiales reste très en deçà des besoins : elles sont environ 8 000 au début des années 1980 pour des besoins estimés à 22 000[192].

À la fin des années 1980, les responsables de services de maintien à domicile se rendent progressivement compte qu'une personne dépendante ne peut rester à son domicile sans un minimum de disponibilités et de surveillance de son entourage « que les aides professionnelles ne peuvent assurer à un coût supportable pour les familles ou pour les institutions sociales »[193]. Au principe d'équité, se substitue donc un principe d'efficacité : les aides professionnelles se concentrent là où existe déjà une aide familiale – tandis que les personnes vivant seules et ne bénéficiant pas de ce soutien sont dirigées vers des institutions spécialisées. À l'inverse, les aidants familiaux prenant en charge un proche dépendant sans bénéficier d'un relai des professionnels risquent l'épuisement physique et psychologique. D'après une enquête de l'INSERM de 1984, le nombre d'heures d'aide bénévole est déjà le triple du nombre d'heures d'aide professionnelle. À la fin des années 1980, sur les 70% de personnes âgées dépendantes qui continuent à vivre chez elles, la moitié bénéficient d'une aide et d'une prise en charge familiale pour des temps de bénévolat dont l'équivalent financier est bien supérieur à l'aide même. Une enquête de la Caisse nationale d'assurance vieillesse de 1992, dirigée par

[191] Rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin. La France, l'Europe, 10ème plan 1989-1992, La Documentation française. 55 et Pierre Schopflin, *Dépendance et solidarités : mieux aider les personnes âgées*, La Documentation française, 1991, 91-92 et 153-154.

[192] « L'aide à domicile : de grandes disparités », *Le lien des aides familiales rurales*, ADMR, bulletin mensuel des associations d'aide à domicile, décembre 1982, n°409.

[193] CAC 20000359/8. Claudine Attias-Donfut, *Le coût de l'aide bénévole, journée d'étude sur la dépendance*, Paris, 12 septembre 1970, CNAV, document n°19.3.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Claudine Attias-Donfut, montre que près de 60% des personnes de 75 ans et plus (dont 50% ont une dépendance moyenne à sévère) ont dans leur entourage une personne fournissant effectivement une aide régulière dans les actes courants de la vie quotidienne ; elles sont 30% à bénéficier d'une aide professionnelle pour ces mêmes tâches. Aide professionnelle et aide familiale sont aujourd'hui systématiquement articulées pour répondre de la manière la plus adaptée possible à chaque situation, avec ses formes spécifiques de dépendance[194].

Soutenir la famille dans son accompagnement de la grande vieillesse dépendante est une orientation politique à la fois tardive – par rapport à certains voisins européens – et incomplète (le principe de l'obligation alimentaire envers un ascendant est ainsi conservé). Cette position française ambigüe découle d'une conception où le lien reste encore très fort entre obligation légale et obligation morale des enfants envers leurs ascendants. Lors du discours prononcé à l'occasion du lancement du débat sur la dépendance le 8 février 2011, le président de la République Nicolas Sarkozy a ainsi rappelé la « responsabilité des familles » et a parlé de « dette » envers les parents âgés. Pourtant, l'expérience de certains pays européens, comme la Suède, où l'obligation alimentaire a été supprimée, montre que les solidarités familiales ne disparaissent pas – bien au contraire – quand la solidarité collective prend, sur le plan financier, en charge complètement la dépendance[195]. Dans le cas suédois, l'organisation d'un ensemble de dispositifs publics, coordonnés à l'échelon municipal, rend plus efficace le soutien à une vieillesse dépendante gardée au sein de la société. Elle facilite aussi l'expression d'une entraide familiale, débarrassée de toute obligation financière (la référence à une telle obligation entre enfants et parents ayant été supprimée du Code civil suédois en 1978). Si cette injonction financière est maintenue en France aujourd'hui, elle ne joue plus un rôle central dans la motivation à aider ou à accompagner un proche (7%). Elle se situe bien loin derrière l'obligation morale (48%) et surtout la dimension affective, aujourd'hui déterminante (75%) dans le choix de soutenir un parent en perte d'autonomie[196].

[194] Marie-Thérès Letablier, Florence Weber (dir.), « Face à la dépendance », n°spécial, *Retraite et société*, La Documentation française, 2008/1, 53.

[195] Anne-Marie Daune-Richard, Ingrid Jönsson, Sophie Odena, Magnus Ring, « Les trajectoires d'entrée en dépendance des personnes âgées du point de vue du « care ». Approche comparative France / Suède », Rapport pour la Mire/ Drees, 2008, 6-7.

[196] Enquête BVA/Novartis, Les aidants familiaux en France, 2008-2010.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# L'attention portée par le droit aux personnes âgées

*Marie-France Callu*
*Juriste*
*Lyon III*

Pour bien comprendre le statut de la personne âgée en Droit, il est indispensable de rappeler quelques principes fondamentaux.

En droit, une personne physique bénéficie d'une *personnalité juridique* entre sa naissance, vivante et viable, et sa mort. Cette personnalité juridique correspond à son aptitude à être dotée de droits et d'obligations, c'est-à-dire à devenir un acteur de la vie. Cette personnalité est entière de sa naissance à sa mort et ne fait pas de distinction en fonction de l'âge.

A l'intérieur de ce cadre général, abstrait, dont nous bénéficions tous de manière égale, des nuances plus concrètes vont exister et qui tiendront soit à notre *état*, soit à notre *capacité*.

• *L'état* correspond à notre statut politique (français ou non), à notre statut familial (célibataire, marié, lien de parenté ), à notre statut social (salarié, fonctionnaire, en recherche d'emploi, commerçants, consommateurs). Si l'on dit que *l'état est lié à la personne comme l'ombre l'est au corps*, nous pouvons constater que l'âge n'intervient pas en tant que tel dans cet état.

• *La capacité* correspond à notre aptitude à acquérir et à exercer un droit. Si toute personne, en principe, est titulaire d'une aptitude à posséder des droits (capacité de jouissance), toutes les personnes n'ont pas forcément l'aptitude à exercer ces droits (capacité d'exercice). Dans cette dernière hypothèse, l'âge va pouvoir intervenir, soit de manière automatique (incapacité d'exercice des mineurs), soit comme élément de vulnérabilité, en fonction de l'état physique et psychique de chaque personne (placement sous un régime de protection : tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice).

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Quel que soit notre âge et notre état de santé, tant que nous sommes vivants, nous sommes des personnes juridiques à part entière. Et tant que nous sommes vivants, nous bénéficions de notre entière capacité de jouissance et d'exercice, les limitations, lorsque nous sommes majeurs, ne pouvant intervenir que sur décision judiciaire.

Il est certain que, à l'intérieur de ce périmètre juridique général, nous trouvons des textes qui utilisent l'expression de « personnes âgées », en particulier dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (articles L 113-1 et suivants[197]). Mais, là encore, nous n'avons pas de définition de ces personnes et cela est très bien car ce « manque » permet de se mettre au pas de chaque situation.

Il convient de remarquer qu'un grand nombre de personnes âgées décèderont sans avoir jamais été placées sous une mesure de tutelle ou de curatelle. Le vieillissement, s'il est une cause classique de mesures de protection, ne peut jamais être une cause de placement *automatique* sous un tel régime. Si certains parlementaires, au 19ème siècle, avaient envisagé une telle perte de capacité à partir de 80 ans, cette idée n'a heureusement jamais été adoptée.

Cette idée d'un âge à partir duquel on entrerait dans la catégorie des personnes âgées reste cependant d'actualité comme le rappelait Valentine Graz dans un mémoire qu'elle a fait sur le Bien vieillir[198] :

- selon les économistes, 60 ans, l'âge précédant la retraite, serait la porte d'entrée de la vieillesse,
- pour les démographes, ce serait 65 ans,
- en termes de santé, le vieillissement commencerait plutôt à 50 ans et s'affirmerait vers 70 ans,
- pour les gériatres, ce serait plutôt vers 80 ans.

Mais en droit, il n'y a pas d'âge pour être vieux parce que la vieillesse est en soi une réalité mouvante.

En revanche, le vieillissement peut être une cause éventuelle de vulnérabilité. C'est pourquoi le *droit va porter un regard protecteur sur*

[197] Chapitre III - Personnes âgées.

[198] V. Graz, *Bien être social et prévention de la perte d'autonomie des séniors à domicile,* mémoire IFROSS Faculté de Droit de Lyon, 2010.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

*les personnes âgées*, mais ce regard, en fonction de l'évolution de notre société va tendre de plus en plus à être *un regard dynamiseur pour cette catégorie exponentielle de personnes.*

## Le regard protecteur du droit sur les personnes âgées

Comme le soulignait Xavier Lagarde en avant propos du rapport de la Cour de cassation pour 2009 :

« C'est une bonne nouvelle, notre espérance de vie croit (84,5 ans pour les femmes, 77,8 ans pour les hommes). C'est une moins bonne nouvelle, les phénomènes de dépendance sont en augmentation. L'INSEE prévoit qu'en 2040, les personnes âgées dépendantes seront au nombre de 1 200 000, contre 800 000 aujourd'hui, chiffre qui, soit dit en passant, n'est d'ores et déjà pas négligeable. »

Ce que souligne la Haute Juridiction, c'est le lien non négligeable entre l'allongement de la vie et l'importance de la prise en compte des phénomènes de vulnérabilité.

Ce qu'il faut savoir, c'est que le législateur fait rarement allusion directement à la vulnérabilité ou désigne rarement les personnes comme vulnérables en tant que telles. En revanche, le législateur énumère des situations qui peuvent engendrer une vulnérabilité pour ceux qui les vivent. Ainsi, l'article 223-15-2 du Code pénal qui énonce des hypothèses de faiblesses et de vulnérabilité :

« la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont *la particulière vulnérabilité due à son âge*, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement. »

L'âge est donc l'un des facteurs possible de vulnérabilité ce qui conduit le droit à prévoir deux grandes formes de protection des personnes âgées : la lutte contre les abus et les discriminations liées à l'âge (1) et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (2).

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255



Les sanctions judiciaires pour abus de la vulnérabilité des personnes âgées sont classiques :

- avait été victime d'un abus de faiblesse une « femme, âgée de 78 ans, isolée par son veuvage et soumise pendant la journée entière passée dans les locaux du restaurant (où avait été organisée une excursion commerciale) à la pression d'arguments publicitaires (...)[199] »

- de même pour une personne ayant plus de 86 ans, qui était placée dans un état de solitude affective et d'ignorance en matière juridique et financière, révélée par la confusion entre anciens et nouveaux francs[200]

- la victime, âgée de 72 ans, était entrée en relation avec le prévenu qui se prétendait astrologue et lui avait remis pendant trois ans, en contrepartie de ses consultations, diverses sommes d'argent d'un montant total de 89 310 francs[201]

- la personne, âgée de 74 ans, au moment des faits, avait acheté deux systèmes d'alarme parfaitement inutiles et surtout d'un montant disproportionné par rapport à ses revenus puisqu'elle avait signé des offres de crédit dont les mensualités représentaient le tiers de son budget[202].

À l'inverse, une Cour d'appel a pu considérer qu'une personne âgée de 78 ans, affaiblie par une intervention chirurgicale suivie d'un lourd traitement médical, et qui avait été placée sous sauvegarde de justice puis sous curatelle, ne se trouvait pas dans une situation de faiblesse et de particulière vulnérabilité, au regard des témoignages médicaux et du caractère tardif des mesures de protection prises en sa faveur[203].

Comme nous pouvons le constater, le vieillissement est un facteur possible de vulnérabilité juridique, sachant qu'il n'y a rien

199 Crim., 1er février 2000, *Bull. crim*. 2000, n° 52, pourvoi n° 99-84.378)[2].
200 Crim., 21 février 2006, pourvoi n° 05-85.865.
201 Arrêt du 15 octobre 2002 (pourvoi n° 01-86.697).
202 19 avril 2005, *Bull. crim.* 2005, n° 138, pourvoi n° 04-83.902.
203 Crim., 16 novembre 2004, pourvoi n° 03-87.968.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

d'automatique et que l'estimation de chaque situation sera laissée à l'appréciation souveraine des juges du fond.

Les discriminations correspondent au fait de se servir d'une fragilité particulière pour refuser un droit à une personne. L'âge (non au sens de la minorité mais de l'autre part de la vie) peut être une cause de discrimination, tout spécialement en matière d'emploi.

Comme le relève la Chambre sociale de la Cour de cassation :

« il est bien connu que le taux d'emploi des seniors en France est particulièrement faible, puisqu'il est de 38,3% (des 55-64 ans, en 2007), contre 44,7% en moyenne au niveau européen[204], à quoi il s'ajoute que, dans certains services d'activité, l'embauche de seniors se fait principalement par voie de contrat à durée déterminée, c'est-à-dire de contrat précaire[205] ».

C'est pourquoi le Code du travail prévoit (article L. 1132-1) que nul ne peut être écarté d'un recrutement ou licencié *en raison de son âge, de son état de santé ou de son handicap.*

Bien entendu, cette notion d'âge ne s'oppose pas à ce qu'un employeur mette fin à un contrat de travail parce qu'un salarié a atteint l'âge légal de la retraite.

### *L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie intellectuelle*

L'avancée en âge ne signifie absolument pas la perte obligatoire et automatique de ses capacités intellectuelle. Il suffit de regarder l'âge moyen des membres de l'Académie Française pour se rassurer sur le maintien de l'intellect dans une zone d'âge… certain (moyenne variant entre 77 et 80 ans).

Certes, le fait d'oublier un peu plus les noms propres ou même les noms communs est un grand classique, mais les neurologues nous expliquent qu'il s'agit d'un phénomène parfaitement normal qu'ils

[204] N. Dauxerre, « La solution française à l'emploi des seniors », *La semaine juridique sociale*, 2009, 1474.
[205] INSEE Travail-Emploi - Les seniors franciliens : peu mobiles et souvent embauchés en CDD.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

appellent du joli nom de *démence sémantique* et que nous pouvons tenter de juguler par la technique de « l'encodage ».

Très logiquement, le droit reprend ce constat médical et distingue les notions de vulnérabilité et de capacité. Ce n'est pas parce que le vieillissement peut entrainer - ou non - une certaine vulnérabilité que la personne doit perdre sa capacité juridique.

Le fait de placer une personne sous une mesure de protection entrainant une perte de sa capacité juridique doit toujours être le cas ultime, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection possible. Ainsi, le nouvel article 428 du code civil dans sa rédaction de la loi du 5 mars 2007, entrée en vigueur en janvier 2009, dispose que

*« une mesure de protection ne peut être ordonnée par le juge qu'en cas de nécessité et lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts de la personne par l'application des règles du droit commun de la représentation, de celles relatives aux droits et devoirs respectifs des époux et des règles des régimes matrimoniaux, en particulier celles prévues aux articles 217, 219, 1426 et 1429, par une autre mesure de protection judiciaire moins contraignante ou par le mandat de protection future conclu par l'intéressé. La mesure est proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé ».*

Il n'empêche que des majeurs qui ne peuvent pourvoir seuls à leurs intérêts en raison de leur particulière vulnérabilité doivent être protégés contre eux-mêmes et contre les autres. Avant la loi du 5 mars 2007, ces personnes étaient appelées *majeurs incapables.* Le nouveau texte a changé la terminologie, jugée trop péjorative, et l'on parle désormais de *majeurs protégés*. L'évolution n'est pas que linguistique. L'état d'esprit de la nouvelle loi est très différent puisque les mesures doivent être non seulement absolument nécessaires, mais elles doivent être régulièrement revues afin de s'adapter à l'évolution de la personne, état qui, certes peut s'aggraver, mais aussi s'améliorer. Une personne âgée qui vient de perdre son conjoint peut être affectée de troubles purement temporaires nécessitant une prise en charge juridique, cette protection devant disparaître si elle retrouve ses capacités antérieures.

Si la tendance démographique se maintient, le groupe des personnes les plus âgées bénéficiera du taux de croissance le plus rapide et une personne sur cinq aura 60 ans et plus en 2050. Cette

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

nouvelle catégorie de population, les 3ème et 4ème âge, les aînés, les séniors, véhiculent une image bien différente qu'il y a un siècle. Le maintien beaucoup plus long de l'autonomie, physique et intellectuelle, et la volonté de chacun d'entre nous d'être maître de sa vie jusqu'au bout a entrainé un changement dans les textes, le droit n'ayant plus seulement un regard protecteur pour les personnes âgées vulnérables, mais tentant d'accompagner ce changement par un regard stimulant.

## Le regard dynamiseur du droit sur les personnes âgées

Le vieillissement de la population est un phénomène international. Cet accroissement de la durée de vie est un élément particulièrement positif, mais il entraine des conséquences en termes de prise en charge de la dépendance et de finances. De nombreux Plans internationaux et nationaux tentent d'organiser cette nouvelle population sur le principe du Bien Vieillir (1) et, dans notre législation, des mesures nous permettent de mieux faire valoir ce que nous voulons pour nous-mêmes dans un temps où nous ne serons plus en mesure de nous faire entendre (2).

### *Le principe du Bien vieillir dans les instruments internationaux et nationaux*

L'assemblée générale de l'ONU a abordé cette question dès 1948 en insistant sur la prévention de la perte d'autonomie et les efforts nécessaires en matière de santé comme de maintien des liens sociaux. C'est l'ONU qui lance la première année internationale des personnes âgées, en 1999, et qui lance les assemblées mondiales sur le vieillissement en 1982 et en 2002. À la suite de cette 2ème assemblée mondiale, il est lancé un Plan d'actions internationales dont l'objectif « est de faire en sorte que tous puissent vieillir dans la sécurité et dans la dignité et de participer à la vie de leurs sociétés en tant que citoyens en disposant de tous leurs droits. »[206]

L'OMS, dans les années 1990 reprend cette idée avec l'expression « vieillir en restant actif ».

[206] Site de l'ONU.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Dès 1982 l'Union Européenne s'est interrogée sur la situation des personnes âgées en Europe. À la suite de l'année internationale lancée par l'ONU en 1999, l'Union Européenne a publié de nombreux travaux sur cette question dont un Livre Blanc, en 2007 qui porte le titre de « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'Union Européenne 2008-2013 ».

En 2000, les pays de l'Union Européenne ont mis en place la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) qui facilite la coopération intergouvernementale sur le principe de la « soft law » c'est-à-dire de l'aide subsidiaire de l'Union Européenne dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

En France, la *politique vieillesse* a été initiée en 1962 par Michel Debré. Différents Plans ont été mis en place en faveur des personnes en perte d'autonomie à domicile. La canicule de 2003 a renforcé la prise en compte des personnes vieillissantes à domicile et souvent isolées.

En 2003, sous l'impulsion de Monsieur Hubert Falco, un Programme de prévention et de promotion de la santé nommé Bien Vieillir a été lancé. Il a été suivi d'un Plan National Bien Vieillir 2007-2009 et nous avons le nouveau Plan 2010-2013.

Les principaux axes de ces Plans peuvent être ainsi résumés :

- Prévenir le clivage entre les générations
- Renforcer la cohésion et le bien être social
- Développer une politique de l'habitat, de la mobilité et de l'urbanisme
- Promouvoir une activité physique et sportive ainsi qu'une bonne alimentation

Le Code de l'Action Sociale et des Familles prend en compte *les personnes âgées*, sans définir d'âge mais en fonction des besoins auxquels il faut répondre.

Restent les nouvelles dispositions que nous ouvrent les textes pour organiser notre éventuelle future vulnérabilité ou manque de capacité.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

### *Le renforcement de nos droits d'organisation de la dernière partie de notre vie*

Parmi les évolutions juridiques de ces dernières années, deux points méritent d'être soulignés en rapport direct avec notre sujet.

Le premier porte sur les *directives anticipées* qui ont été introduites par la loi du 4 mars 2002[207] et qui permet à chacun d'entre nous de rédiger un document, sans formalisme, qui énonce ce que nous aimerions ou n'aimerions pas que l'on nous fasse en matière médicale lorsque nous serons en fin de vie.

Ce document s'appelle testament de vie ou testament de mort dans certains pays. En France, il ne doit pas avoir plus de trois ans, mais il peut être écrit bien avant et renouvelé tous les trois ans.

Lorsque nous serons médicalement en fin de vie, soit nous serons en état d'exprimer notre volonté et c'est notre oralité qui prévaudra, soit nous serons hors d'état d'exprimer notre volonté et c'est ce document qui remplacera notre parole. Toutefois, il faut souligner que cet écrit n'a jamais de caractère obligatoire[208], mais il s'agit de la première information que l'équipe médicale doit prendre en compte.

La deuxième innovation est encore plus récente puisqu'elle date de la loi du 5 mars 2007[209] mais elle n'a pris effet que début 2009. Elle porte sur le *mandat de protection future pour soi-même*[210] c'est-à-dire la possibilité qui nous est donnée de prévoir la personne qui aura le droit de prendre soin de nos biens et de nous-mêmes,

[207] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[208] Contrairement à la volonté exprimée oralement par la personne en fin de vie. Sa parole vaut décision comme le souligne l'article L 1111-10 du Code de la Santé Publique : « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

[209] Loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

[210] Sachant que cette loi permet également de rédiger un tel mandat pour autrui et, en particulier, pour ses enfants atteints d'un handicap.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

par avance, avec rédaction d'un document précis, cette personne devant être d'accord et signer ce document[211].

En conclusion, nous pouvons relever que, juridiquement, une personne est « une », de sa naissance à sa mort. Que, durant toute cette vie, elle va traverser différentes phases que les textes doivent prendre en compte, mais toujours dans le respect de ce principe essentiel : quel que soit son âge, chaque humain doit être respecté dans sa dignité et regardé comme essentiel pour lui-même et pour les autres.

[211] Formulaire Cerfa n° 13592*02 - http://vosdroits.service-public.fr/R17967.xhtml.

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

# Les auteurs

**Sarah Carvallo** est maître de Conférences à l'Ecole Centrale de Lyon et membre du laboratoire S2HEP, Université de Lyon. Sa recherche porte sur la constitution de la médecine et les représentations médicales du corps humain à l'époque moderne. Elle a publié plusieurs articles concernant la vieillesse, notamment : « Ageing in the Seventeenth and Eighteenth Centuries », *Science in Context*, 23, 2010, 267-288 ; « Stahl et les Âges de la Vie », *Asterion*, 8, 2011 (http://asterion.revues.org/2026); Avec J. Henry, « From the principle of autonomy to the desire to grow old. Standards and values for old age ? », London, Royal Society of Medicine (à paraître).

E-mail : Sarah.Carvallo@ec-lyon.fr

**Élodie Giroux** est maître de conférences au département de philosophie de l'Université Jean-Moulin Lyon 3 et membre de l'Institut de Recherches Philosophiques de Lyon. Ses travaux portent sur la philosophie de la médecine et plus particulièrement, la définition des concepts de santé et de maladie mais aussi l'histoire et l'épistémologie de l'épidémiologie moderne. Dernières publications : *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie,* P.U.F., Philosophies, 2010 ; Numéro spécial de la *Revue d'Histoire des Sciences*, « Histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », 64/2, 2011. Avec Maël Lemoine, *Philosophie de la médecine II, Santé et maladie*, Paris, Vrin, coll Textes clés, à paraître en 2012.

E-mail : elodie.giroux@univ-lyon3.fr

**Jean-Yves Goffi** est professeur émérite au département de philosophie de l'Université Pierre Mendès-France Grenoble 2. Ses travaux actuels portent sur les contestations de la société technologique et sur l'idéologie transhumaniste. Dernières publications : « Nature humaine et amélioration de l'être humain à la lumière du programme transhumaniste », *Journal International de Bioéthique/International Journal of Bioethics*. Avec J-N. Missa (eds), Thème : « L'amélioration

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

humaine/Human Enhancement », 3-4, 2011, 19-32 ; « Au-delà de la bioéthique, transhumanismes et posthumanismes », *Mag Philo* N° 26 : *La Bioéthique*., 2010 http://www2.cndp.fr/magphilo/; « The Harm of Being a Clone » in Anne-Fagot-Largeault, Shaid Rahman et Juan Manuel Torres (eds) *The Influence of Genetics on Contemporary Thinking*, Dordrecht, Springer (« Logic, Epistemlogy and the Unity of Science », 6), 2007, 151-164.

E-mail : jean-yves.goffi@upmf-grenoble.fr

**Jean-Jacques Wunenburger**, professeur de philosophie générale à l'Université Jean Moulin Lyon 3, développe des recherches sur l'image et l'imaginaire dans leurs expressions philosophiques, religieuses, politiques, médiatiques et médicales. Il a publié récemment *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Les belles Lettres, 2e ed, 2008 ; *Gaston Bachelard, poétique des images*, Mimesis France, 2012.

E-mail : jean-jacques.wunenburger@univ-lyon3.fr

**Florence Solari** est chargée de recherches à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et membre du Centre de Génétique et de Physiologie Moléculaire et Cellulaire du CNRS et de l'Université de Lyon 1 (CGPhiMC, UMR5534). Ses travaux portent sur le contrôle génétique du vieillissement et les mécanismes moléculaires impliqués dans la longévité. Ses dernières publications : « Lifespan extension by resveratrol, rapamycine and metformin: the promise of dietary restriction mimetics for an healthy aging », *Biofactors*, 2010, 36, 377-82 ; « Pyruvate imbalance mediates metabolic reprogramming and mimics lifespan extension by dietary restriction in *Caenorhabditis elegans* », *Aging Cell*, 2011, 10, 39-54 ; « Comment (et Pourquoi) vieillissons nous ? », Edition Le Pommier, Collection Les Petites Pommes du Savoir, Juin 2011 ; « L'homéostasie métabolique au cœur du vieillissement » à paraître dans *Médecine et Sciences*, 2012.

E-mail : florence.solari@univ-lyon1.fr

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

**Christian Derouesné**, ex-professeur émérite, Université Paris VI, ex-Chef de service de neurologie, Hôpital de la Salpêtrière (Paris). Neuropsychiatre, activités de recherche et d'enseignement centrées sur les troubles de la mémoire et la maladie d'Alzheimer de 1985 à 2000. En 2003, il a fondé la revue *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement* dont il est rédacteur en chef, revue indexée dans les principales bases de données américaines et françaises (médecine et psychologie).

**Brigitte Comte**, ancienne assistante chef de clinique aux Hospices Civils de Lyon, est actuellement praticien hospitalier. Après avoir exercé en hépato-gastro-entérologie, elle est médecin gériatre depuis 20 ans et chef du service de gériatrie de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon. Par sa pratique quotidienne elle a une expérience de toutes les étapes de la prise en charge de la personne âgée malade. Elle contribue à la formation des futurs médecins dans son service et participe à l'enseignement dans les demandes de la formation initiale et continue à l'Université Claude Bernard Lyon 1.

E-mail : brigitte.comte@chu-lyon.fr

**Christophe Capuano** est maître de conférences en histoire contemporaine à l'Université Lumière Lyon2 et chercheur au LARHRA. Il est également membre du groupe de recherche consacré aux Études Sociales et Politiques des Populations, de la protection sociale et de la santé (ESOPP) - EHESS. Ses travaux portent actuellement sur la vieillesse, la maladie mentale et le handicap en croisant une approche par les populations et par les dispositifs de soutien. Il a réalisé un Rapport de recherche pour la MiRe/Drees et la CNSA : Aux origines des aidants familiaux. Politiques publiques et prises en charge familiale des personnes âgées, malades mentales et handicapées psychiques dans la deuxième moitié du vingtième siècle, 2012 ». Sa dernière publication : « La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy. Une guerre inachevée? », *Vingtième siècle*, 111, 2011, 119-131.

E-mail :Christophe.Capuano@univ-lyon2.fr

site web : http://esopp.ehess.fr/document.php?id=268

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

**Marie-France Callu** est maître de conférences en droit et membre de l'équipe de recherche de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) de l'Université Jean Moulin Lyon 3. Ses travaux portent, en particulier, sur les différents aspects, juridiques et éthiques, de la personne humaine : avant la naissance (statut de l'embryon et du fœtus, recherches sur l'embryon, etc.), entre la naissance et la mort, avec la protection particulière de la dernière période de vie (statut des personnes âgées, problème des maladies neuro-dégénératives, soins palliatifs, suicides ou morts assistées). Parmi ses dernières publications : « *Le regard du droit sur la fin de vie* », *La mort et le droit*, Presses universitaires de Nancy, 2010, 65 et sq. ; « Autonomie juridique de la personne physique et neurosciences », *Autonomie et Alzheimer*, Les Belles Lettres, 2010 ; « Vulnérabilité et droit - L'harmonie délicate entre l'autonomie juridique et les dégénérescences neurologiques », *Vulnérabilité et droit*, à paraître en juin 2012 aux Chroniques Sociales.

E-mail : marie-france.callu@orange.fr

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Licence accordée à Btissem Douah famille.douah@gmail.com - ip:176.136.163.255

Nous n'avons sans doute jamais autant parlé des personnes âgées et du vieillissement des populations qu'aujourd'hui. Nos connaissances médicales, biologiques et sociologiques se sont certes multipliées, mais cette prolifération souligne encore davantage nos lacunes et la diversité des conceptions et des perspectives sur la vieillesse et le vieillissement. Nos institutions médicales et sociales s'attachent à prendre en charge les personnes âgées en respectant leur dignité, mais elles hésitent entre plusieurs objectifs : soigner, guérir, prévenir, lutter, maintenir en santé, accueillir ? L'Etat, les sciences biomédicales et les sciences sociales ont développé des savoirs et des pratiques, mais une société peut-elle se contenter de « gérer » la question de la vieillesse et des personnes âgées ? Aujourd'hui, la vieillesse paraît concentrer le malaise social d'un individu toujours appelé à se dépasser et se réaliser. Or cet âge de la vie constitue un moment de vérité sur notre conception de l'existence et de la personne. Pour en appréhender la complexité et la multi-dimensionnalité, cet ouvrage collectif convoque plusieurs regards : la philosophie, l'histoire sociale, la génétique, la neurologie, la gériatrie et le droit. Ces regards se croisent et c'est dans cet entrelacs que l'ouvrage espère enrichir notre compréhension de la vieillesse.

**Sarah Carvallo** est maître de Conférences en philosophie à l'Ecole Centrale de Lyon et membre du laboratoire S2HEP, Université de Lyon. Sa recherche porte sur la constitution de la médecine et les représentations médicales du corps humain à l'époque moderne.

**Élodie Giroux** est maître de Conférences au département de philosophie de l'Université Jean-Moulin Lyon 3 et membre de l'Institut de Recherches Philosophiques de Lyon. L'essentiel de ses recherches relève de la philosophie et de l'histoire de la médecine contemporaine.

9 782806 603234

EME éditions

ISBN : 978-2-8066-0323-4
Dépot légal : 2011/9202/322
Prix de vente : 18,00 €
ID EME : E1045950